

W C
170
M466c
1922

Dr. JOSÉ MAY

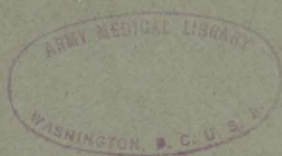
Médico forense

Jefe de la Policlínica Dermatológica

Adjunto del Dispensario N.º 1 del

Instituto Profiláctico

CUATRO AÑOS DE ACTUACION
EN EL DISPENSARIO N.º 1
DEL
INSTITUTO PROFILACTICO
MEMORIAS Y PROYECTOS



MONTEVIDEO
PEÑA Hnos. — Imp.
1922

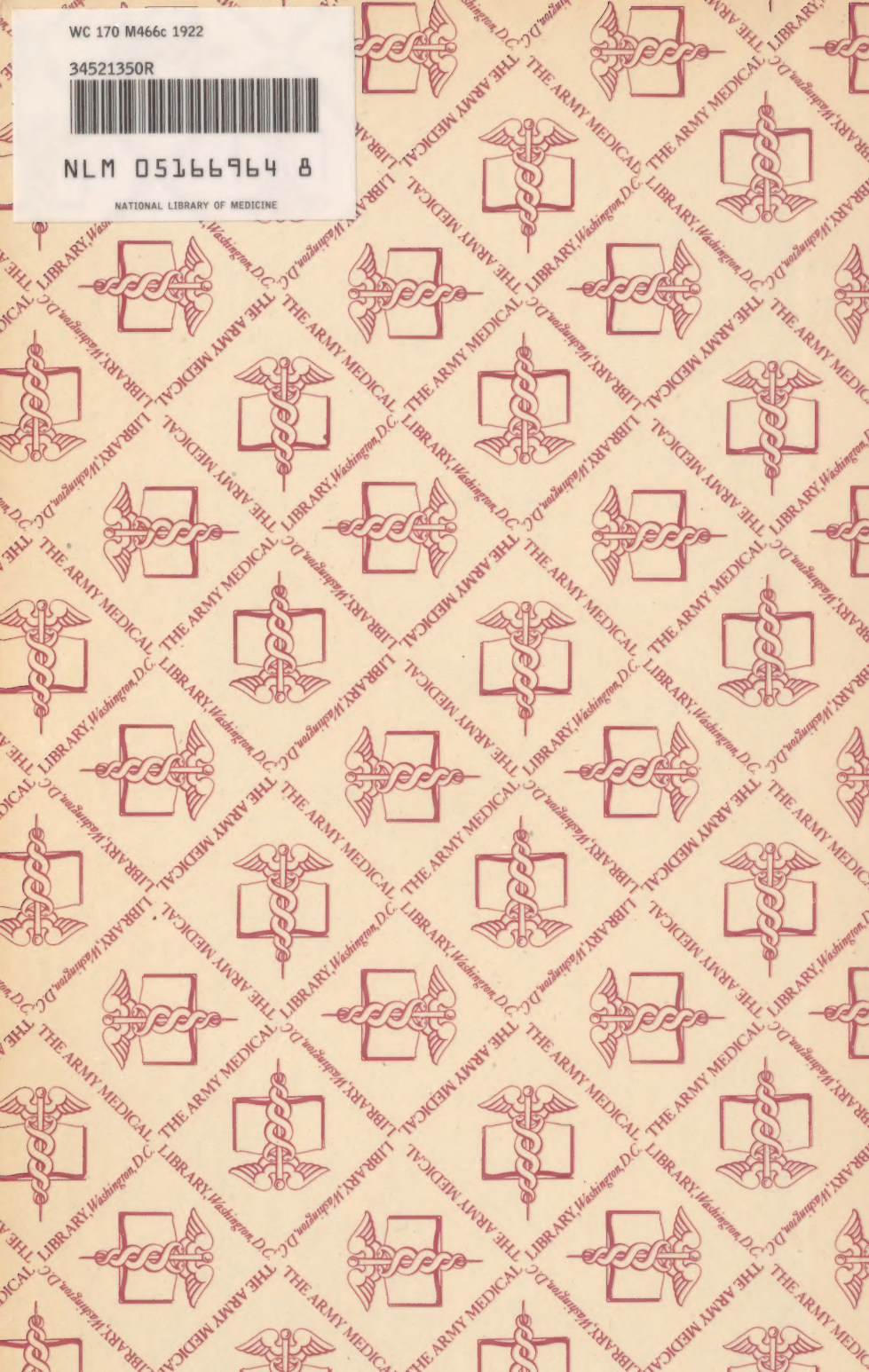
WC 170 M466c 1922

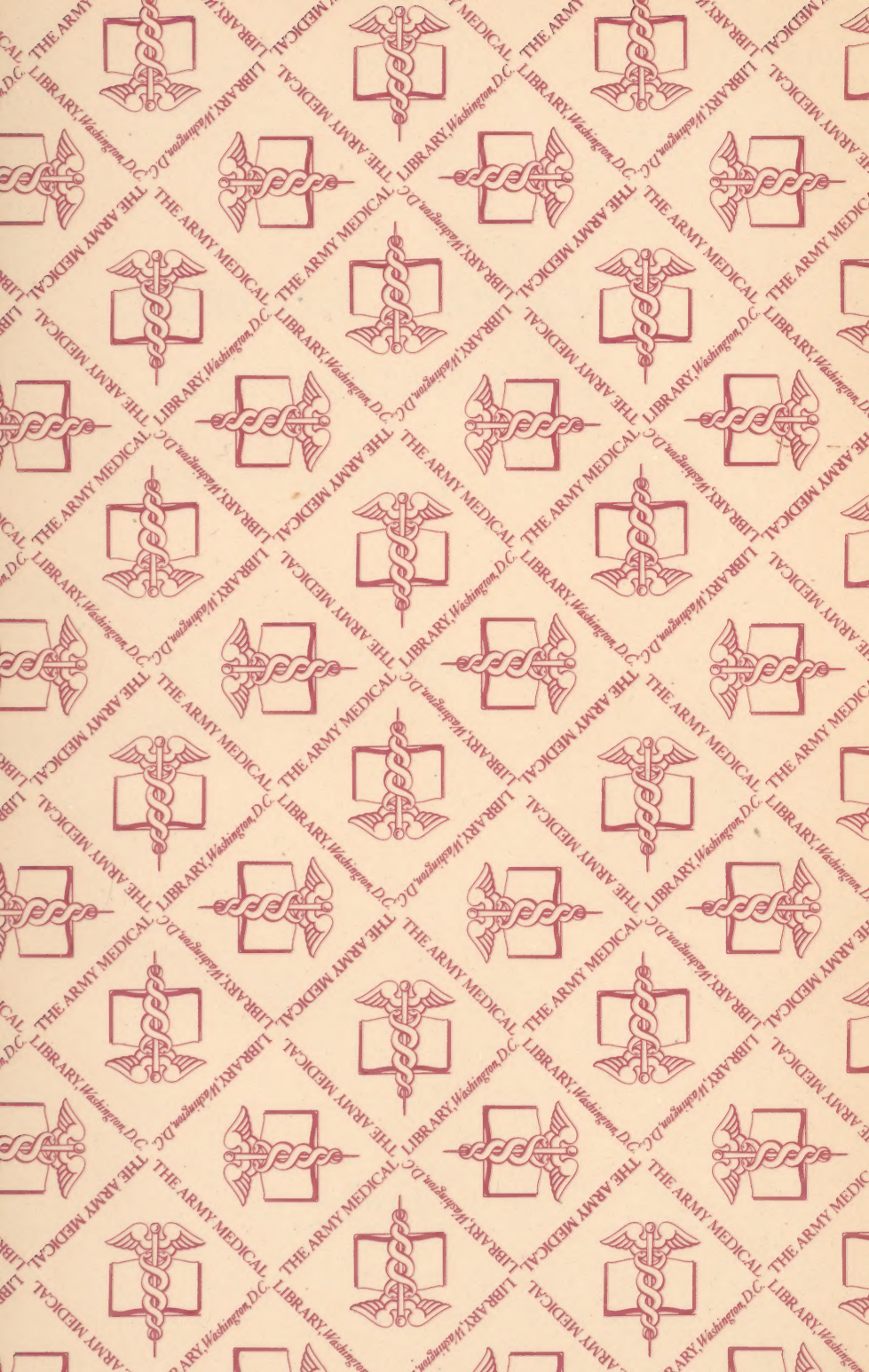
34521350R



NLM 05166964 8

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE





Dr. JOSÉ MAY

Médico forense

Médico Jefe de la Policlínica Dermatológica

Adjunto del Dispensario N.º 1 del

Instituto Profiláctico

CUATRO AÑOS DE ACTUACION
EN EL DISPENSARIO N.º 1
DEL
INSTITUTO PROFILACTICO

MEMORIAS Y PROYECTOS

MONTEVIDEO
PEÑA Hnos. — Imp.
1922



WC
170
M466c

1922

U. I. Fil. # 3079, no. 5

DEL MISMO AUTOR

- Tricoficia en un lactante.
- ¿ Hernia traumática ? (Informe médico legal).
- Rara localización de un chancro sifilítico (Informe médico legal).
- Un caso de ectima simulando una sifilide ulcerosa (comunicación a la Sociedad de Medicina).
- Los peligros de los anestésicos generales desde el punto de vista médico legal (comunicación a la Sociedad de Cirujía).
- La sífilis en el Uruguay contiene :
 - 1.º Datos estadísticos 1900-1921 y proyecto de clasificación de enfermos.
 - 2.º Reacción de Wassermann en relación con la clínica.
 - 3.º Diagnóstico precoz de la sífilis. La reacción de Wassermann durante el tratamiento arsenical (con el Dr. Claveaux)
 - 4.º Reinfección sifilítica.
 - 5.º Las alteraciones en el líquido cefaloraquídeo. Importancia de las pequeñas linfocitosis.
 - 6.º ¿ Se curá el tabes ?
 - 7.º Nuevo método de cura del chancro fagedénico (con el Dr. Claveaux).
 - 8.º Experimentación clínica del método de reacción local en el chancro (con A Prunell).
- Muerte por tentativa de violación (informe médico legal).
- Bismutoterapia de la sífilis (Revista Médica del Uruguay).
- El problema de la lepra en el Uruguay (disertación en el 2.º Congreso Sud Americano de Dermatología y Sifilografía).
- Una muerte extraña (Revista Médica del Uruguay).
- Sífilis de la amígdala (comunicación a la Sociedad de Medicina).

EN PREPARACIÓN

- Glositis losánga de Brocq.
- Sífilis ignoradas reveladas por infecciones cutáneas.
- Resultado del tratamiento en la sífilis nerviosa.
- Suicidios por heridas múltiples de arma blanca (estudio médico legal).
- El suceso de la calle Durazno (con el Dr. Julio J. Moreau, estudio médico legal).
- Ruptura traumática de la vejiga (con el Dr. Julio J. Moreau, estudio médico legal).
- La tragedia del Boldo, Chile (estudio médico legal).

CUÁTRO AÑOS DE ACTUACIÓN
EN EL DISPENSARIO N.º 1 DEL INSTITUTO PROFILÁCTICO
CONTRA LA SIFILIS.

Hacen unos cinco años, aproximadamente, que por un convenio entre la Asistencia Pública Nacional y el Consejo Nacional de Higiene, surgió el Instituto Profiláctico contra la Sífilis, cuyos dispensarios, comenzaron a atender al público a partir del año 1918.

Fué designado médico Jefe del Dispensario N.º 1 el Dr. José Brito Foresti, profesor de Clínica Dermosifilopática, cuyas enseñanzas sobre la especialidad empecé a recoger desde el año 1911-12, en que desempeñé el cargo de practicante de su servicio. Fuí después honrado con la designación de Jefe de Clínica Dermosifilopática (1912-16) y y posteriormente (1916-22) como asistente de la misma Clínica, de modo que durante más de diez años he podido escuchar las lecciones de nuestro profesor.

Esta circunstancia hizo que, proponiéndonos en carácter de médico adjunto, dejara, durante cuatro años, casi toda la tarea del Dispensario N.º 1 a nuestro cargo, honrándonos con su confianza, hecho que hemos puesto de relieve y agradecido vivamente, pues conscientes de la responsabilidad que esa confianza implicaba, hemos tenido necesidad de multiplicarnos para atender debidamente nuestras tareas.

En efecto, fué designado a partir de Junio de 1918, médico Jefe de la Policlínica Dermatológica, y tuve que dictar en 1918 (2.º semestre) y en 1920 (1er semestre) la cátedra de Dermatología y Sifilografía, por licencia de nuestro profesor, lo que reclamó una mayor dedicación de nuestra parte.

La invitación de la Comisión Honoraria del Instituto a exponer, ante el 2.º Congreso Sud Americano de Dermatología y Sifilografía (Octubre 1920), el resultado de las observaciones que habían tenido oportunidad de realizar los Jefes de dispensarios nos llevó a presentar un trabajo que con el título de « La Sífilis en el Uruguay » reunió diversos capítulos, casi todos ellos esbozos de estudios futuros, y que si no tienen la originalidad que reclaman tan a menudo los críticos de la literatura médica nacional, ponen de relieve nuestra tenaz dedicación a las tareas del Dispensario, para no defraudar la confianza con que nos honraba nuestro profesor.

En mis trabajos científicos he rendido homenaje a sus enseñanzas, que nos sirvieron de base fundamental para el mejor desempeño de nuestro cometido; no voy a repetirlo aquí.

Ahora bien, después de cuatro años de tan intensa labor sentí la necesidad de disminuir las responsabilidades de mi cargo y así se lo manifesté a mi profesor Dr. Brito Foresti quien compartiendo mi criterio, aceptó la propuesta de designar otro médico adjunto, que me sustituyera en los días que funciona la Clínica Dermosifilopática, quedando limitada mi acción a los días en que funcione la Clínica Dermatológica de la que soy médico jefe.

Esta circunstancia hace que reuna en un folleto los documentos oficiales, memorias y notas, que ponen de manifiesto mi actuación en el Dispensario y cual ha sido la dedicación y porque no decirlo, el entusiasmo con que he cuidado de que nuestra gestión no desmereciera de la reconocida preparación de nuestro profesor.

JOSÉ MAY.

Montevideo Junio 30 de 1922.

MEMORIA CORRESPONDIENTE AL AÑO 1918

Montevideo, 23 de Febrero de 1919.

Señor Médico Jefe del Dispensario N.º 1, doctor José Brito Foresti.

Cumpliendo lo dispuesto por usted, elevo la memoria correspondiente al primer año de funcionamiento de este Dispensario, del cual soy Médico adjunto.

Comenzaré por el

FUNCIONAMIENTO DEL DISPENSARIO

El Dispensario N.º 1 tuvo un funcionamiento irregular hasta mediados de año, según consta en notas pasadas en oportunidad.

No tenía local propio, funcionando solamente los días martes, jueves y sábados, en que se daba consulta en la Policlínica Dermosifilopática de la que es usted Profesor. Solamente después del mes de Junio último en que fui designado Médico Jefe de la Policlínica Dermatológica ha funcionado también los otros días hábiles.

La circunstancia de que el Pabellón Ricord esté en reconstrucción, ha hecho que cuando algún enfermo ha necesitado una punción lumbar, haya sido enviado, previo acuerdo con el Director del Instituto Profiláctico, al Dispensario Central; práctica que seguiremos hasta la habilitación del anexo a la Policlínica.

Debo hacer constar que en los meses de Enero y Febrero, en que, salvo muy pocas veces, asistí a la Policlínica Dermosifilopática en mi calidad de Asistente, la tarea del Dispensario estuvo a cargo del Jefe de Clínica

doctor Alberto M. Penco. Nombrado Adjunto del Dispensario a fines de Febrero, me place declarar que he tenido en dicho colega y amigo, un entusiasta colaborador durante todo el año, compartiendo conmigo la pesada tarea de atender a los múltiples enfermos que concurren a la Policlínica y al Dispensario.

DE LOS ENFERMOS

El número de enfermos anotados en este Dispensario hasta el 31 de Diciembre ppdo. es de 480.

En ese número están comprendidos solamente enfermos que han sido diagnosticados ya clínicamente, microscópicamente o serológicamente, o ya tratados por sífilis.

Este número es relativamente pequeño al número real de enfermos examinados, pues sin contar más que los enfermos que por primera vez concurren a la consulta, están anotados 1.453 en el Registro de la Policlínica a su cargo, y 620 en los seis meses en que estoy al frente de la Policlínica Dermatológica.

Los enfermos asistidos en este Dispensario no están todos, como es lógico suponerlo, en el mismo período de enfermedad. Rompiendo un poco la clasificación antigua de período secundario, terciario, etc., y respetando siempre las enseñanzas invalorable de la vieja clínica en lo que se refiere a clasificación de lesiones, hay necesariamente que establecer una mayor subdivisión en los enfermos tratados, a fin de poder hacer estudios comparativos que permitan juzgar y apreciar el valor de la terapéutica empleada y de los resultados obtenidos.

Debemos hacer, en primer término, cuatro grandes grupos en los enfermos inscriptos: sífilíticos claramente averiguados, que llamaremos en período de generalización, con manifestaciones o sin ellas, pero con R. W. positiva; heredo-sífilíticos, sífilíticos ignorados, con manifestaciones o sin ellas, pero con R. W. positiva, y sífilíticos tratados, pero sin que actualmente presenten síntomas ni reacción alguna.

El tercer grupo — sifilíticos ignorados — está también en período de generalización, de modo que parecería ser una repetición; sin embargo, la mayor resistencia a ceder a reacciones a la medicación, explica y justifica la necesidad de ese grupo, a fin de que pueda apreciarse esa diferencia a la acción curativa.

Entre los enfermos del primer grupo, tenemos en nuestro Dispensario, enfermos con *accidente inicial* solamente, sin manifestaciones clínicas ni serológicas, y enfermos en verdadero período de generalización, que pueden dividirse en dos grupos: enfermos con manifestaciones clínicas llamadas secundarias, con reacción serológica positiva, y enfermos, ya tratados, sin manifestaciones clínicas, pero con reacción serológica positiva.

Dentro de los enfermos con manifestaciones, tenemos que hacer una subdivisión para aquellos que tienen su localización en un órgano o aparato especial: nervioso, arterial, ocular, auditiva, pulmonar, etc.

Entre los sifilíticos, que ignoraban ser portadores de tal enfermedad, tenemos los mismos grupos: con manifestaciones y R. W. positiva, sin manifestaciones clínicas con R. W. positiva y a localización en órganos o aparatos especiales.

Entre los heredo-sifilíticos no tenemos actualmente inscriptos sino con manifestaciones claras, que permitiera hacer el diagnóstico.

En el grupo de los sifilíticos sin manifestaciones y con R. W. negativa, tenemos dos grupos, uno de ellos en que el diagnóstico de sífilis es dubitativo; el otro en que con manifestaciones claras de sífilis, tratados más o menos tiempo no presentan, clínica ni serológicamente, nada que traduzca la actividad de su afección, y que continúa bajo vigilancia.

He aquí el cuadro estadístico.

I	Accidente inicial	2
II	Período de generación	Con manifestaciones con RW. positiva. 218 Sin manifestaciones con RW. positiva. 130
III	Período de generación con localización especial...	Arterial 17 Nerviosa 11 Ocular 4 Auditiva 1
IV	Sífilis ignoradas ..	Con manifestaciones RW. positiva 23 Con localización especial arterial 3
V	Heredo-sífilis	Con manifestaciones 3 Sin manifestaciones —
VI	Diagnosticados Sífilis con RW. negativa ..	42
	(6 con punción lumbar negativa)	

EL LABORATORIO

El párrafo que precede demuestra la importancia que damos a dicho auxiliar poderoso. La reacción de Wassermann, a la que recurrimos un tanto escépticos en el comienzo del funcionamiento del Dispensario por la irregularidad de los resultados que en la vida hospitalaria o en la clientela civil habíamos comprobado, es actualmente para nosotros un elemento de juicio inapreciable, al que le damos verdadero valor, cualquiera que sea el concepto que se tenga respecto a la conducta terapéutica a seguir cuando el resultado sea negativo.

Y a esta conclusión hemos llegado después de la experiencia contraloreada de más de un año, en la que cuando excepcionalmente ha habido disparidad con la clínica, uno o dos casos, esa disparidad no ha servido sino para darle mayor valor, ya que el contralor severo hecho y la repetición de los exámenes nos han permitido establecer en otra parte — confusión de tubos — la causa de esa disparidad entre la clínica y el laboratorio.

En los casos de sífilis ignorada, en que el enfermo se sintió sorprendido ante el resultado positivo de su análisis,

hemos repetido el análisis enviando la sangre sin más datos que la palabra «*control*», y en honor de la verdad debo declarar que los resultados han sido concordantes.

Sirvan estas líneas de estímulo al activo y laborioso Jefe del Laboratorio, bachiller Alberto Scaltritti, y a los doctores Héctor del Campo y Pedro Raúl Alonso, que lo han sustituido en sus licencias.

Como dato estadístico complementario, debo agregar que se han hecho durante el año 1.380 R. W.

TERAPEUTICA EMPLEADA

El tratamiento empleado en el Dispensario no ha podido ser siempre arsenical, pues la mayor parte del año ha escaseado o faltado el neosalvarsán, teniendo necesidad de recurrir al mercurio toda vez que aquél faltó o escaseó. Es este uno de los inconvenientes mayores con que ha luchado el Dispensario para hacer obra práctica de profilaxis.

La facilidad del tratamiento por el neo salvarsán que no causa mayores molestias a los enfermos que concurren semanalmente a la consulta, hace que los enfermos desaparezcan casi simultáneamente con el remedio, a pesar de que insistimos con todos y cada uno de los enfermos sobre la necesidad que hay en no descuidar la enfermedad, y del valor del mercurio como tratamiento usado durante centenares de años.

Una estadística sobre los resultados obtenidos, no demostraría absolutamente nada, pues salvo muy pocos enfermos en que hemos obtenido el W. negativo repetidas veces, el tratamiento de los otros es completamente insuficiente, así que será necesario esperar un segundo año de funcionamiento con mayor regularidad en la medicación, para apreciar los efectos de la campaña contra este terrible mal.

Ya en oportunidad elevamos informe sobre los accidentes tenidos por el neo salvarsán y su valor curativo. Muy poco tenemos que agregar: dos casos de eczema por intolerancia arsenical, uno a la dosis de ocho centigramos, ambos curados.

Como dato estadístico complementario podemos agregar que se han dado el año pasado 1.947 inyecciones.

ALGUNAS OTRAS CONSIDERACIONES

A pesar de la buena voluntad que ponga cada Jefe de Dispensario, la marcha de éste no puede ser tan perfecta como sería de desear. (1)

Urge dotar a cada uno de un elemento preparado para la búsqueda del treponema para el diagnóstico precoz de la sífilis, antes del período de generalización, cosa que no es posible hacer hoy por falta de un laboratorio anexo, y en segundo lugar, porque aún teniéndolo, falta materialmente tiempo para la consulta: basta recordar que en nuestro Dispensario trabajamos tres médicos y un practicante, simultáneamente, tres días por semana, y la consulta no dura menos de dos y media a tres horas.

La deficiencia del local actual quedará subsanada apenas terminen los trabajos de reconstrucción del Pabellón Ricord.

Hay un aislamiento relativo entre los Dispensarios y considero conveniente que se realicen periódicamente reuniones entre los jefes, a fin de unificar tendencias, y cambiar ideas para la mejor manera de luchar contra la sífilis.

Un corolario de ese aislamiento es la deambulación sin contralor de los enfermos de uno a otro Dispensario, en busca de otra opinión, de modo que habría verdadera conveniencia, en que todas las semanas, un empleado pasara a un Libro Índice Registro General, que deberá haber en cada Servicio, la nómina de los enfermos que se asisten, no sólo en él, sino en los demás, lo que permitirá establecer si se trata de un enfermo que consulta por primera vez.

No ha sido siempre posible hacer que los enfermos concurran al Dispensario más próximo a su domicilio. Unos,

(1) Recién el 9 de Noviembre de 1921, se señalaron dos días por semana en el Laboratorio Central para hacer las investigaciones al ultramicroscopio.

porque sus ocupaciones los traen al centro, otros, especialmente trabajadores del Cerro, que viajan gratis en las chatas de transporte, prefieren asistir en el Hospital y no a los otros Dispensarios, lo que explica que tengamos inscriptos enfermos que podrían ser atendidos en otros Dispensarios.

En lo que se refiere a la procedencia de enfermos, me ha llamado singularmente la atención la frecuencia de sífilis inicial en trabajadores del Cerro, (1) hecho que me permito destacar, pues creo hay verdadero interés en hacer profilaxis, y quizás fuera necesario adoptar algunas medidas por el Consejo Nacional de Higiene, dada la aglomeración extraordinaria de trabajadores.

Con estas consideraciones, doy por terminado el informe pedido, no sin antes dejar constancia de qué en mi rol de Adjunto he actuado, gracias a su benevolencia, con entera libertad de acción, lo que obliga mi reconocimiento por la confianza depositada.

Saluda a usted atentamente.

JOSE MAY.

DISPENSARIO N.º 1

INFORME DEL DOCTOR JOSÉ MAY, MÉDICO ADJUNTO DEL DISPENSARIO

Montevideo, 22 de Marzo de 1919.

Señor Director técnico del Instituto Profiláctico de la Sífilis, doctor Juan A. Rodríguez.

Tengo el honor de elevar a usted la memoria correspondiente al funcionamiento del Dispensario N.º 1 durante el año 1918. Dicha memoria ha sido redactada por el doctor José May, Médico adjunto del Dispensario.

Aprovecho la ocasión para saludarlo atentamente.

JOSE BRITO FORESTI.

(1) El extinto Dr. Juan A. Rodríguez, basándose en estos datos propuso la creación del Dispensario en el Cerro.

DISPENSARIO N.º 1

MEMORIA CORRESPONDIENTE AL AÑO 1919.

Montevideo, 20 de Mayo de 1920.

Señor Director del Instituto Profiláctico contra la Sífilis,
doctor Juan A. Rodríguez.

Señor Director:

Elevo a usted una Memoria sucinta de la labor realizada durante el año ppdo., en el Dispensario N.º 1, del cual soy Médico Adjunto, Memoria que no fué elevada en oportunidad debida por las múltiples tareas del suscrito.

MOVIMIENTO DE ENFERMOS

El número de enfermos asistidos en este Dispensario es crecido.

Policlínica del doctor Brito Foresti. Enfermos nuevos	1,274
Policlínica Dermatológica del doctor May	1,402
Enfermos que pasaron al Registro Especial del Dispensario	390
Total de enfermos nuevos.	3,066
Total de inscriptos en el Dispensario en los dos años de funcionamiento.	870

Haré sólo la clasificación de los enfermos inscriptos en el Registro Especial del Dispensario, siguiendo el proyecto

de estadística repartido en oportunidad, en el cual he considerado conveniente hacer algunas ligeras modificaciones que no la alteran fundamentalmente.

I. SEXO:

Hombres.....	299	Mujeres.....	91
--------------	-----	--------------	----

II. NACIONALIDAD:

Argentinos	13	Italianos	20
Alemanes	1	Ingleses	1
Brasileños	44	Rusos	4
Búlgaros	11	Portugueses	3
Chinos	1	Israelitas	1
Espanoles	61	Peruanos	1
Franceses	4	Sirios	2
Griegos	5	Turcos	1
Suizos	1	Austriacos	1
Uruguayos	263		

III. EDAD POR QUINQUENIOS:

De 0 5 años ..	2	De 35 a 40 años ..	40
„ 5 a 10 ..	—	„ 40 a 45 „ ..	24
„ 10 a 15 „ ..	2	„ 45 a 50 „ ..	15
„ 15 a 20 „ ..	42	„ 50 a 55 „ ..	3
„ 20 a 25 „ ..	110	„ 55 a 60 „ ..	7
„ 25 a 30 „ ..	88	„ 60 a 65 „ ..	2
„ 30 a 35 „ ..	49	„ 65 a 70 „ ..	2

IV. SÍFILIS.

A) <i>Accidente inicial</i>	(RW. negativa treponema	3
	(RW. positiva	41
B) <i>Periodo de generalización</i>	(a) Con manifestaciones cutáneas o mucosas	185
	(b) Algias.....	28
	(c) Diag. y tratadas sin manifestac.	50
C) <i>Periodo de localización</i>	(a) Líquido céfalo-raquídeo	2
	(b) Cerebro	1
	(c) médula	4
	(d) Nervios	5
	(e) Corazón	1
	(f) Aorta	4
	(g) Arterias	1
	(h) Riñón	1

D) <i>Sífilis</i> <i>ignorada</i>	Con mani- festaciones	Cutáneas	7
		Algias	8
		Oculares	2
		Arteriales	1
		Nerviosas	—
		Médula	—
	Sin mani- festaciones	Cerebro	2
		Abortos o partos prematuros	10
		RW. positiva en la sangre.....	18
		RW. positiva en el líq. céfalo raquídeo	—
E) <i>Sífilis</i> <i>hereditaria;</i>	Con mani- festaciones	Oculares	1
		Gomas.....	1
	Sin mani- festaciones	RW. posit. en la sangre	1
		R. W. posit líq. céf. raq.	—
F) <i>Diagnosticadas y tra-</i> <i>tadas.....</i>		RW. negativa en la sangre	9
		RW. en la sangre y líq. céf. raq.	6
		RW. en la sangre y líq. local. arterial	1
		RW. en la sangre y líq. local. ocular	—

V. ENFERMEDADES DIVERSAS. — No se ha hecho la clasificación correspondiente a los 2,676 enfermos asistidos por otra causa que por sífilis, cuya clasificación podrá hacerse. Están comprendidos en ellos: eczemas, blenorragias, chancros simples, eczemas profesionales, eczemas seborreicos, tricoficias, pitiriasis rosado de Gibert, psoriasis, parapsoriasis, lepras anestésica, etc.

VI. POSIBLE FOCO DE CONTAGIO. — No siempre ha sido posible establecerlo claramente. Muchos hombres manifiestan contactos en los prostíbulos solamente, otros en los clandestinos; otros un contacto al azar, habiéndome llamado la atención la cantidad de obreros de frigoríficos que vienen infectados. En cuanto a las mujeres, muy a menudo es conyugal, desconociendo la puerta de entrada.

VII. La cantidad de medicación recibida asciende a mil doscientos treinta y ocho gramos distribuidos en 2,382 inyecciones.

Estas cifras están por debajo de las reales, pues muchos enfermos en el período en que el Dispensario carecía de medicación se lo costeaban de su bolsillo.

VIII. El número de R. W. en el suero sanguíneo efectuadas en este Dispensario asciende a 2,088 (dos mil ochenta y ocho), habiendo resultado 586 positivos.

IX. Las punciones lumbares hechas durante el año ascienden a 21, habiendo resultado 4 positivas.

X. No es posible aún dar cuadros estadísticos demostrativos de la acción desarrollada por este Dispensario cuyo número de enfermos es cada día mayor, porquerecién a fines del año es que, terminada la guerra y normalizado el comercio, hemos contado con el elemento primordial de acción.

El creciente desarrollo del campo de acción del Dispensario hace que, teniendo en cuenta que a fines del año en curso se trasladará la Policlínica Ginecológica del Hospital Maciel a la Maternidad, convendría iniciar gestiones ante el Consejo Directivo de la Asistencia Pública, para que se traslade a dicha Policlínica, la que tiene por jefe al doctor Rómulo H. Silva, y el local que éste ocupa sea anexado al que actualmente disponemos. De este modo tendríamos mayor comodidad y podría hacerse independiente la entrada del Dispensario de las demás policlínicas, ya que como en el Dispensario no se exigen tarjetas de pobre la mezcla de enfermos produce trastornos en la buena marcha de la fiscalización que se hace en el establecimiento. Esa ampliación es imprescindible, pues muy amenudo pasan de cien los enfermos que concurren, habiéndonos visto obligados a habilitar un corredor como pieza de examen.

Así mismo es de toda necesidad dotar al Servicio de un investigador que se dedique a la búsqueda del treponema, ya que la tarea del personal actual es sumamente recargada, como puede comprobarlo el señor Director no sólo por los números de esta Memoria, sino también con una inspección ocular.

Saluda al señor Director atentamente. JOSE MAY.

MEMORIA CORRESPONDIENTE AL AÑO 1920

Montevideo, Enero 28 de 1921.

Señor Médico-Jefe del Dispensario N.º 1

Profesor Dr. José Brito Foresti.

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento del Instituto Profiláctico, elevo a Vd. la Memoria del año que acaba de fenecer.

MOVIMIENTO DE ENFERMOS

La circunstancia de que el Dispensario funciona a las mismas horas y en el mismo local que las Policlínicas Dermosifilopática y Dermatológica a cuyo frente nos encontramos, hace que el movimiento de enfermos sea sumamente crecido.

La estadística del año pasado acusa un movimiento de *reintidos mil doscientos quince enfermos* (22.215).

De esas consultas corresponden a enfermos vistos por primera vez, dos mil doscientos tres, que se distribuyen así:

Policlínica Dermosifilopática Prof. Brito Foresti 1.065.

„ Dermatológica Dr. José May 1.137.

El número de inscriptos en el Registro especial del Dispensario, o sea el número de sifilíticos diagnosticados, tratados o en tratamiento, alcanza a 1.410 y su distribución es la siguiente:

1er. año 1918		480
2.º „ 1919		390
3er. „ 1920		540 Total 1410

He aquí la clasificación de los 540 enfermos nuevos inscriptos en el Dispensario, de acuerdo con la estadística repartida en oportunidad.

I. SEXO

Hombres %.....	375	Mujeres	165
----------------------	-----	---------------	-----

II. NACIONALIDAD

Uruguayos	379	Argentinos	12
Armenios	1	Austriacos	1
Chilenos	2	Espanoles	80
Griegos	6	Inglesees	1
Portugueses	6	Polacos	2
Rusos	5	Sirios	2
Alemanes	2	Arabes	1
Brasileros	8	Chinos	1
Franceses	4	Italianos	24
Libanos	1		

III. EDAD POR QUINQUENIO

De 0 a 5 años	2	De 40 „ 45 „	39
„ 5 „ 10 „	4	„ 45 „ 50 „	21
„ 10 „ 15 „	3	„ 50 „ 55 „	13
„ 15 „ 20 „	43	„ 55 „ 60 „	11
„ 20 „ 25 „	158	„ 60 „ 65 „	3
„ 25 „ 30 „	107	„ 65 „ 70 „	2
„ 30 „ 35 „	85	„ 75 „ 80 „	1
„ 35 „ 40 „	46		

IV. AÑO DEL ACCIDENTE INICIAL

Sífilis hereditaria	9	Comienzo ignorado	125
Año 1880	1	Año 1907	1
„ 1885	1	„ 1908	4
„ 1889	2	„ 1909	3
„ 1890	1	„ 1910	13
„ 1892	1	„ 1911	5
„ 1895	6	„ 1912	7
„ 1896	1	„ 1913	6
„ 1897	2	„ 1914	11
„ 1898	3	„ 1915	6
„ 1900	10	„ 1916	21
„ 1902	5	„ 1917	12
„ 1903	3	„ 1918	18
„ 1904	9	„ 1919	56
„ 1905	10	„ 1920	182
„ 1906	4		

V SIFILIS

A) <i>Accidente inicial</i>	(	R. W. negativa	12	
		R. W. positiva	44	
B) <i>Período de generalización</i>	(	a) Manifestaciones cutáneas y mu- osasc.....	173	
		b) Algas	14	
		c) Diagnosticadas y tratadas sin manifestacio- nes y W. positiva	72	
C) <i>Período de localización.....</i>	(	a) Meningitis sifilítica	11	
		b) Médula	8	
		c) Cerebro	1	
		d) Nervios.....	3	
		e) Aorta.....	7	
		f) Arterias	1	
D) <i>Sífilis ignorada</i>	{	A) <i>Con manifestaciones</i>	Oído	3
			Vista	1
			Cutáneas	21
			Algas	19
			Arteriales	2
		B) <i>Sin manifestaciones</i>	Cerebro	2
			Abortos o partos prematurados.....	19
			R. W. positiva en la sangre.....	84
			R. W. positiva en el líquido céfalo- raquídeo	
E) <i>Sífilis hereditaria</i>	{	A) <i>Con manifestaciones</i>	Oculares	5
			Cutáneas.....	1
		B) <i>Sin manifestaciones</i>	R. W. positiva en la sangre.....	2
			R. W. positiva en el líquido céfalo- raquídeo	1
F) <i>Sífilis diagnostica- das y tratadas</i>	{	RW. negativa en la sangre	15	
		b) RW. Id. id. y líquido céfalo- raquídeo	8	
		c) RW. Id. id. id. con localización arterial	1	

VI. ENFERMEDADES DIVERSAS. — No hemos hecho detalladamente la clasificación de los enfermos nuevos que pasaron en el año. Entre los diagnósticos figuran en pri-

mer término, blenorragia y sus complicaciones, chancros simples y sus complicaciones, eczema (vesiculoso, seborreico, hiperkeratótico, profesionales, medicamentosos,) psoriasis, etc.

VII. POSIBLE FOCO DE CONTAGIO. — Los números hablan elocuentemente de la cantidad de sífilis iniciadas en el año 1920.

Alcanzan a 182 sobre 540 o sea el 30 % de los enfermos inscriptos, a los que habría que agregar casi la totalidad de los 56 inscriptos, cuyo accidente inicial corresponde al año 1919, para ver que casi el 50 % de los enfermos han adquirido su enfermedad a pesar de la obra de profilaxia en que está empeñado el Instituto.

Si se pregunta a los enfermos que casas frecuentan, en su casi totalidad dicen las « del bajo » pero sin que sepan precisar la casa. Es bien conocida la zona de Montevideo que así se le llama; se sabe que a más de las casas de lenocinio allí existentes, hay algunas otras en que quizás por la vecindad, se sienten influenciadas sus habitantes mujeres, que se dedican al ejercicio clandestino de la prostitución, de modo que es bien difícil llegar a establecer en que casa han adquirido la enfermedad. Solo me limito a señalar ese hecho a fin de que las autoridades competentes traten de poner remedio a este mal, que neutraliza en parte la intensa obra que realiza el Instituto Profiláctico.

VIII. MEDICAMENTOS. — En este año, salvo en los meses de Enero y Febrero, a principios, que solo contamos con la última partida del año 1919, en el resto del año no faltó en ningún momento.

Incluso esa partida, recibimos en el año la cantidad de *tres mil novecientos sesenta y cuatro gramos con noventa centigramos de Neosalvarsan Erhlich y Neoarsaminol*. Además hemos recibido 9 ampollas de Arzfenamina y 9 de Neoarzfenamina.

El 31 de Diciembre teníamos un sobrante de doscientos treinta y siete gramos con noventa centigramos.

Se ha distribuído, pues, la cantidad de tres mil setecientos veintisiete gramos en ocho mil cuatrocientos una inyección distribuidas así:

Enero	191	Julio	834
Febrero	372	Agosto	771
Marzo	696	Setiembre	883
Abril	700	Octubre	774
Mayo	761	Noviembre	791
Junio	740	Diciembre	888

Nada tengo que observar en lo que se refiere a tolerancia del Neosalvarsan Erhlich y tampoco a la Arzfenamina y Neoarzfenamina; en cambio el Neoarsaminol sobre ser la técnica de inyección lenta, lo que repercute sobre el tiempo necesario para atender el número de enfermos, es de un olor muy intenso que los enfermos no aceptan de buen grado.

IX. REACCIONES DE WASSERMANN. — Durante el año se han hecho *tres mil cuatro* (3.004) en el suero sanguíneo; con resultado negativo 2.185 y 819 con resultado positivo total o parcial.

	P.	N.		P.	M.
Enero	192	54 138	Julio	269	81 188
Febrero	213	47 166	Agosto	246	76 170
Marzo	225	56 169	Setiembre	249	65 184
Abril	335	50 185	Octubre	330	81 249
Mayo	260	78 182	Noviembre	290	75 255
Junio	259	79 180	Diciembre	236	77 159

X. PUNCIONES LUMBARES. — El número de punciones lumbares asciende a setenta y siete, (77) habiendo resultado positivas, once, (11) y negativas sesenta y seis (66).

XI. CONSIDERACIONES. — La estadística que acaba de leerse habla elocuentemente de la labor desempeñada en el año 1920

En memorias anteriores hice notar la necesidad de que en el Instituto hubiera un elemento apto para la investigación de treponema; voy a insistir una vez más pues no

es posible atender a toda la consulta y tener que decidirse a investigación microscópica.

Este año he tenido dos auxiliares de primer orden: el primero, el Sub-Director del Instituto de Higiene y Profesor agregado de la Facultad Dr. Enrique M. Claveaux y luego el Jefe adjunto del Laboratorio de la Clínica Dermosifilopática Dr. Carlos Semblat, a quienes agradezco su eficaz colaboración.

Así mismo como estímulo a su oscura pero meritoria labor deseo dejar constancia que el enfermero Gregorio Suárez es un auxiliar de 1er. orden dentro del Dispensario, cuyo trabajo está muy mal remunerado.

Una vez más debo referirme al local. El año pasado solicité que se gestionara de la Asistencia Pública la ampliación de la policlínica anexando el local que ocupa la policlínica médica. La estadística habla elocuentemente de la enorme masa de enfermos que desfila anualmente por nuestro consultorio. Es bien necesario ampliarlo. Nos vemos obligados a dar las inyecciones en el corredor, y sin que se cambie el aire, convertido en sala de consultas, y esa ampliación es posible hacerla, sin esperar que la Policlínica Ginecológica se traslade, pues en ese local y en el de la Policlínica Quirúrgica puede actuar la Policlínica médica, ya que funcionan a horas distintas.

A más de eso, como para asistirse en el Dispensario no se exige tarjeta de pobre, la entrada común no apareja más que perjuicios para la buena fiscalización de los enfermos de hospital, que cuando la hacen intensiva resultan perjudicados los enfermos del dispensario, muchos de los cuales no saben hacer valer los derechos que le acuerda la ley de la lucha contra la sífilis.

Para terminar, quiero agradecer una vez más a mi estimado Profesor y amigo Dr. José Brito Foresti la confianza que viene depositando en mí desde la instalación del Dispensario, que ha dejado por completo a mi cargo. En esa confianza y en la intensidad de la labor he tenido el mejor estímulo para continuar en la brecha.

Me es grato saludar a Vd. muy atentamente.

JOSÉ MAY

Montevideo, 29 de Enero de 1921.

Señor Director Técnico del Instituto Profiláctico de la
Sífilis, Dr. Juan Antonio Rodríguez.

Estoy enteramente de acuerdo con el informe que antecede y al elevarlo a Vd. lo hago mío.

Aprovecho la ocasión para saludar a Vd. con mi mayor consideración.

JOSÉ BRITO FORESTI

MEMORIA CORRESPONDIENTE AL AÑO 1921

Montevideo, 31 de Enero de 1922.

Señor Médico-Jefe del Dispensario N.º 1.
Profesor José Brito Foresti.

Señor Médico-Jefe:

Una vez más en virtud de la confianza de que he sido objeto de su parte, en mi calidad de médico adjunto de Dispensario N.º 1, tócame dar cumplimiento a la disposición del Reglamento del Instituto Profiláctico contra la Sífilis, elevando la memoria correspondiente al año 1921 sobre el funcionamiento del Dispensario, tarea que en éste, como en los tres años anteriores ha estado en su casi totalidad a mi cargo.

MOVIMIENTO DE ENFERMOS

El número de enfermos que han desfilado por nuestras Policlínicas ha sido como en años anteriores, extraordinario.

	<i>Consultas</i>	<i>Enf. nuev</i>	<i>Curacion</i>
Policlinica del Prof. Brito Foresti....	11.581	1.271	2.100
„ „ Dr. May.....	13.434	1.464	1.897
Totales	25.015	2.735	3.997

De estos 2.755 enfermos nuevos pasaron 471 diagnosticados sífilíticos, al Libro Registro Especial del Dispensario.

He aquí su clasificación, de acuerdo con la hoja remitida por la Dirección Técnica el año 1919.

I. SEXO

Hombres	351	Mujeres.....	120
---------------	-----	--------------	-----

II. NACIONALIDAD

Uruguayos	342	Húngaros	1
Argentinos.....	15	Italianos.....	21
Americanos	1	Ingléses	1
Brasileros	12	Libaneses	1
Belgas.....	1	Paraguayos	1
Dinamarqueses	1	Rusos	4
Espanoles.....	65	Rumanos	1
Franceses	2	Sirios.....	1
Griegos	1		

III. EDAD POR QUINQUENIO

De 0 a 5 años.....	2	„ 35 „ 40 „	34
„ 5 „ 10 „	1	„ 40 „ 45 „	35
„ 10 „ 15 „	5	„ 45 „ 50 „	19
„ 15 „ 20 „	59	„ 50 „ 55 „	14
„ 20 „ 25 „	134	„ 55 „ 60 „	5
„ 25 „ 30 „	96	„ 60 „ 65 „	3
„ 30 „ 35 „	64		

IV. AÑO DEL ACCIDENTE INICIAL

Comienzo ignorado	130	Heredo sífilis.....	3
Año 1891.....	2	Año 1909.....	6
„ 1892.....	2	„ 1910.....	4
„ 1897.....	1	„ 1911.....	9
„ 1898.....	1	„ 1912.....	4
„ 1899.....	2	„ 1913.....	6
„ 1900.....	3	„ 1914.....	5
„ 1901.....	3	„ 1915.....	7
„ 1902.....	3	„ 1916.....	7
„ 1904.....	1	„ 1917.....	6
„ 1905.....	4	„ 1918.....	9
„ 1906.....	1	„ 1919.....	9
„ 1907.....	3	„ 1920.....	54
„ 1908.....	4	„ 1921.....	182

V SIFILIS

A) <i>Accidente inicial</i> ..	(	RW. negativa	37
	(	RW. positiva	50
B) <i>Periodo de generalización</i>	{	a) Con manifestaciones.....	138
	{	b) Diagnosticados y tratados sin manifestaciones, con RW. positiva	63
C) <i>Periodo de localización</i>	{	a) Meningitis	4
	{	b) Médula	14
	{	c) Cerebro.....	2
	{	d) Nervios	1
	{	e) Arterias (aorta)	1
		Auditivas	1
		Oculares	5
		Cutáneas o mucosas	34
		Algias	19
		Arterias.....	7
	A) Con manifestaciones	Médula	1
		Bocin	1
		Oseas	3
		Riñón	1
		Abortos o partos prematuros.....	23
D) <i>Sífilis ignorada</i>	{	I. R W. positiva en la sangre ...	46
	{	II. R. W. positiva en líquido céfalo-raquídeo.....	
	A) Con manifestaciones	Aspecto	1
		Oculares	1
		Cutáneos	1
E) <i>Sífilis hereditaria</i>	{	R W. positiva en la sangre.....	
	{	B) Sin manifestaciones	
		R W. positiva en el líquido céfalo-raquídeo	
F) <i>Sífilis diagnosticados y tratados con.</i>	{	a) RW. negativa en la sangre.....	12
	{	b) RW. negativa en la sangre y en el líquido céfaloraquídeo	5

VI. REACCIONES DE WASSERMANN. — El cuadro inserto más abajo trae el número de sangres remitidas para su análisis al Laboratorio Central, y su resultado clasificado en negativos H 8 positivos totales (H o), intermediarios (H 1 a H 7) y repetidos a pedido del Laboratorio.

	RW.	RW. H8	RW.HRW		int. Repeticiones
Enero	290	216	55	15	4
Febrero.....	249	179	48	20	2
Marzo	248	176	50	19	3
Abril	330	222	79	24	5
Mayo.....	285	203	54	24	4
Junio.....	265	175	47	21	22
Julio	288	187	65	35	1
Agosto	405	257	94	35	19
Setiembre	331	239	61	28	3
Octubre.....	254	185	50	18	1
Noviembre	327	218	73	36	—
Diciembre.....	288	202	64	22	—
Totales	3.560	2.459	740	297	64

En la memoria correspondiente al año 1918, al referirnos a la reacción de Wassermann en su relación con la clínica, exponíamos que la observación cuidadosa, el control meticuloso, nos había llevado a estimar sus resultados, como elemento inapreciable para el diagnóstico, hecho que pusimos de relieve en el capítulo referente a este punto, de nuestra exposición al 2.º Congreso Sud-Americano de Dermatología y Sifilografía de Octubre ppdo.

Este año nos creemos en el deber de hacer constar que en los resultados, hemos tenido algunos discordantes con la clínica, «falsos positivos», hecho que nos creímos obligado y así lo hicimos, llevar a conocimiento del Jefe del Laboratorio Señor Scaltritti, a quien se lo expusimos verbalmente a mediados de año.

Desde el 28 de Octubre a más del resultado del Wassermann se nos enviaba también el resultado de la flocculación, pero a mediados de Diciembre se nos notificó que

por falta de algunos elementos dejaba de buscarse la floculación sin que hasta la fecha se haya reiniciado. Es de desear que se subsane esa falta de elementos que nos comunicara el Jefe del Laboratorio señor Scaltritti, porque como se verá más adelante por el análisis de unos quinientos (500) resultados, tenemos en el fenómeno de la floculación un elemento, en algunos casos más sensible que la reacción de Wassermann, especialmente en sífilíticos en tratamiento, lo que como no escapará al criterio del Sr. Médico Jefe, es de importancia para el funcionamiento de los Dispensarios. He hecho analizar al mismo tiempo sueros con antígenos más sensibles y en algunos casos en que el Wassermann era H 8 y había fenómeno de floculación, con antígeno más sensible, el Wassermann resultaba positivo. Anoto esta circunstancia que demuestra la necesidad de incorporar a la práctica diaria la búsqueda del fenómeno de floculación.

Hemos creído conveniente incorporar un cuadro en que se aprecie comparativamente los resultados del Wassermann y de la floculación.

FLOCULACION Y WASSERMANN

<i>Sífilis primaria</i>	(RW. negativa 5 en 2 floculación. RW. positiva (H0) 6 con floculación. RW. positiva 2, sin floculación.
<i>Sífilis secundaria</i> ...	RW. H0 14, con floculación.
<i>Sífilis en tratamiento</i>	(RW. H8 155, en 9 floculación. RW. H0 65, en todos floculación. RW. H0 19, sin floculación. RW. H intermedia 24, con floculación.
<i>Chancros no diagnosticados sífilíticos</i> ..	(RW. H8 83, en 1 floculación. RW. H0 10, con floculación. RW. H intermedio 4, con floculación.
<i>Sujetos sin antecedentes</i>	(RW. H8 115, en 3 floculación. RW. H0 12, con floculación. RW. H intermedio 2, con floculación. RW. H intermedio 4, sin floculación.

El número relativamente pequeño de casos en que hemos tenido oportunidad de observar comparativamente el Wassermann y la floculación no nos permite llegar a conclusiones definitivas. Una simple ojeada al cuadro estadístico precedente muestra que en la sífilis primaria con R. W. negativa se vió en dos casos sobre cinco la floculación; con Wassermann positivo es más frecuente 6 sobre 8, acompaña a la sífilis secundaria siempre.

En los sífilíticos en tratamiento ha existido en los casos en que era positiva la reacción 89 veces sobre 108, y sobre 155 casos en que la reacción era negativa (9) nueve presentaron la floculación.

En los chancros no diagnosticados sífilíticos sobre 83 con W. H 8 en 1 flocula, y sobre 14 positivos, 10 floculan.

En los sujetos sin antecedentes, sobre 115 con W. negativo en 3 hay floculación, y en 18 con W. positivo, 14 floculan.

No es tampoco un fenómeno constante; hemos repetido el análisis con varios sueros y en algunos casos no se ha reproducido, lo cual no obsta para que lo consideremos como un elemento más con que debe contribuir el Laboratorio para la marcha de los Dispensarios.

VII. PUNCIÓNES LUMBARES. — Se hicieron durante el año, 89 punciones lumbares habiendo obtenido 16 resultados positivos y 73 negativos.

VIII. MEDICACION. — Se hicieron durante el año, 11.117 inyecciones de neosalvarsan. Además se dieron 64 inyecciones de 606.

Otros productos arsenicales se emplearon en pequeña cantidad silversalvarsan y sulfarsenol.

Desde los primeros de Diciembre experimentamos en la clínica el nuevo preparado de Guenot y Fournier, el tartrato bismutato sódico potásico. La experimentación fué hecha con el producto del « Laboratorio Crino » del Sr. Prunell, de la Droguería Soldatti de Buenos Aires del doctor Oreste Calcagno y de la casa Copetti y Curci. Además tengo en experimentación un producto original del farmacéutico Juan F. Antognazza en cuya prepara-

ción entra el antimonio, cuya toxicidad ha sido ensayada en conejos y pequeños perros y que he usado prudentemente en hombres, con buen resultado pues dos dosis de 0.05 día por medio, han hecho desaparecer las placas mucosas y la roseola en dos sífilíticos secundarios. El inconveniente con que choeo para su empleo es el dolor local que produce la inyección, y su autor estudia actualmente la manera de obviarlo. Fuera de estos preparados, usamos el mercurio en fricciones, e inyecciones, especialmente de aceite gris y calomel, y yoduro de potasio.

IX. ENFERMEDADES DIVERSAS. — No hemos hecho la clasificación correspondiente a los 2.264 enfermos nuevos restantes, que han concurrido a nuestras Policlínicas por otra afección que no sea la sífilis. Están comprendidos entre ellos, blenorragias, chancros simples, eczemas vesiculares, eczemas seborreicos, profecionales, etc.

X. POSIBLE FOCO DE CONTAGIO. — Como siempre resulta tarea difícil de establecer el foco de contagio. Muchos hombres manifiestan que concurren a la zona conocida entre nosotros por el « bajo » lugar poblado de prostíbulos, pero como casi ninguno reclama de la mujer la exhibición de la libreta de la Inspección Sanitaria de Prostitución, no es posible determinar si realmente es en las casas de prostitutas controladas o en las mujeres de casas vecinas que ejercen el clandestinaje, donde adquieren la enfermedad. Pocos acusan a contactos con mujeres « reservadas » o a conquistas callejeras.

XI. CONSIDERACIONES. — Durante el año que acaba de fenecer de acuerdo con los resultados de mi observación he tomado una serie de iniciativas y trabajos de que da cuenta el resumen siguiente:

1.º En Mayo ppdo, elevé una nota a la Comisión Honoraria del Instituto Profiláctico conteniendo algunas ideas sobre sistematización del Wassermann.

1.º Ejercicio y policía, ya sostenidas por el extinto doctor Juan A. Rodríguez.

- 2.º En los enfermos de hospitales, sin excepción.
- 3.º Casas de inquilinato, lo que apareja la profilaxia en a) servicio doméstico, b) talleres, fábricas, etc.
- 4.º Exigencia sistemática del Wassermann en todos los empleados de empresas que por Ley de la Nación tienen derecho a jubilarse, exigencia que podrá hacerse extensiva a todos los empleados de la Nación y hasta a los alumnos de las Escuelas.

Algunas de estas ideas, debidamente tomadas en cuenta por la Comisión Honoraria, han sido incorporadas al plan de profilaxia a desarrollar en el futuro por el Instituto Profiláctico, según la exposición que tuvimos oportunidad de oír en el 2.º Congreso de Dermatología y Sifilografía.

- 2.º Relativo al funcionamiento debo manifestar que desde el mes de Mayo ppdo. señalé un horario fuera del común, de las 17 1/2 horas en adelante, los lunes, con una concurrencia extraordinaria de trabajadores, que alcanza a veces a un centenar.
- 3.º En el mes de Junio, el Jefe de Laboratorio de la Clínica Psiquiátrica señor Alfredo Prunell solicitó se le controlara la reacción de Wassermann en nuestra clínica, haciéndolo a la vez comparativamente con el del Laboratorio Central. La primera serie de reacciones fué de 132, la segunda de 111 y posteriormente ha hecho a mi pedido algunas reacciones. No creo del caso hacer aquí un estudio comparativo de dichas reacciones.
- 4.º En los primeros días de Agosto el señor Prunell me invitó a experimentar un método personal de Reacción Wassermann en el chanero, de cuya experimentación resultó un trabajo que conjuntamente con el señor Prunell sometimos a la consideración del 2.º Congreso Sud-Americano de Dermatología y Sifilografía.

5.º A fines de Agosto se recibió una comunicación de la Comisión Honoraria del Instituto que invitaba a los Jefes de Dispensarios a presentar el fruto de las observaciones que habían podido efectuar al Congreso Sud-Americano de Dermatología y Sifilografía. La repuesta a esa nota fué una serie de trabajos reunidos bajo el título de « La Sifilis en el Uruguay » que comprende los siguientes capítulos:

- a) Datos estadísticos desde el año 1900 a 1921, con un proyecto de clasificación;
- b) Diagnóstico precoz de la sifilis y R. W. durante el tratamiento por los arsenicales con la colaboración del doctor Enrique Claveaux;
- c) Reinfección sifilítica;
- d) Importancia de las pequeñas linfocitosis raquídeas;
- e) ¿ Se cura el tabes ?
- f) Reacción de Wassermann en relación con la clínica;
- g) Experimentación del método del señor Prunell, (reacción local) como medio de diagnóstico precoz de la sifilis;
- h) Un nuevo método de tratamiento del chancre fagedénico (con el doctor Claveaux).

6.º A principio de Diciembre solicité la designación un nuevo adjunto, que tuviera a su cargo la tarea del Dispensario los días que funciona la clínica Dermosifilopática, pues como no escapaba a su claro criterio cuatro años de incesante y diaria dedicación de mi parte a una tarea de vigilar la marcha del Dispensario, reclamaban un descanso.

Desde esos mismos días el Jefe de la clínica Dermosifilopática doctor Bartolomé Vignale, de acuerdo con sus indicaciones, se ha hecho cargo de la tarea, quedando mi actuación limitada a los días lunes, miércoles y viernes, en que funciona la Clínica Dermatológica de la que soy Médico-Jefe.

7.º A fines de Diciembre elevé a la consideración de la Comisión Honoraria del Instituto una nota acompañada de una serie de proyectos de cartillas y carteles para los efectos de la educación del público. No voy a insistir sobre la necesidad de intensificar la obra de propaganda.

8.º No puede terminar estas consideraciones sin rendir acto de reconocimiento al doctor Enrique Claveaux, Subdirector del Instituto de Higiene, que desde hace dos años colabora honorariamente con la búsqueda de laboratorio al mejor funcionamiento del Dispensario, y al señor Alfredo Prunell, Jefe del Laboratorio de la Clínica Psiquiátrica, que este año ha aportado su concurso eficiente a la misma causa y con los cuales pude presentar trabajos en colaboración y en la estadística un aumento del número de casos de sífilis tratados antes de su generalización, colaboración tanto más importante cuanto que recién de principios de Noviembre ppdo. el Laboratorio Central señaló dos días para la investigación de treponema. Tampoco debo silenciar el rol meritorio que desempeña el enfermero Gregorio Suárez, y al que en memorias anteriores he hecho referencia.

Y ahora me resta agradecer a mi profesor doctor Brito Foresti la confianza de que me ha hecho objeto en este como en años anteriores, dejando a mi cargo las tareas del Dispensario sintetizadas en esta memoria que elevo a su consideración.

Saluda al Sr. Médico-Jefe atentamente.

JOSÉ MAY.

P. S.

Ya pronta y copiada la memoria acaba de recibirse un nuevo modelo de la Dirección Técnica para el estado mensual: esa circunstancia hace que esta memoria se aparte en algo de ese plan, diferencia que será subsanada en lo sucesivo en los partes mensuales.

SEGUNDA PARTE DE LA MEMORIA

Montevideo, Abril 27 de 1922.

Señor Médico-Jefe del Dispensario N.º 1,
Profesor José Brito Foresti.

En el día de la fecha recibí la nota del 20 de este mes, que Vd. pasa a mi conocimiento para contestar a la serie de preguntas que en hoja separada remite la Dirección del Instituto Profiláctico, destinadas a hacer que la opinión de cada uno de los Jefes de Dispensario sobre puntos de profilaxis sea conocida y puesta de manifiesto.

En lo que se refiere a la parte de los datos que debe contener la Memoria del año pasado, ésta, que obra en su poder desde hace tiempo, estaba confeccionada siguiendo el plan anterior de la Dirección Técnica, cuando se recibió la hoja de estados mensuales, razón por la cual, dado lo largo y engorroso del trabajo de confeccionar estadísticas, la del año pasado presentará algunas diferencias, que no modifican el conjunto, con el modelo de estados mensuales.

Y dicho esto, entremos en materia.

PRIMERA PREGUNTA. — *¿ Cree Vd. que vemos mayor cantidad de sífilis iniciales ?*

Esta pregunta nos obliga a recurrir a los datos numéricos que arrojan los libros y solo podemos responder de un modo relativo, pues se precisaría una estadística global de todos los dispensarios, comprendiendo los casos de sífilis iniciales, para permitir apreciar el verdadero aumento de enfermos que hayan adquirido recientemente su sífilis por comparación con los datos que arrojan las estadísticas anteriores al establecimiento del Instituto.

Debe tenerse presente, en efecto, que hasta 1918 no funcionaban más que dos clínicas de la especialidad, la de los doctores José Brito Foresti y la del extinto Dr. Joaquín Canabal y que a partir del año 1918 funcionan esas mismas policlínicas, una de ellas a mi cargo, más

los dispensarios Central, Pabellón Ricord, Unión, Hospital Vilardebó y Paso del Molino.

Ya hemos tratado en parte este tema en la comunicación que a invitación de la Comisión Honoraria del Instituto que en nuestra calidad de Médico Adjunto del Dispensario N.º 1, hicimos al 2.º Congreso Sud-Americano de Dermatología y Sifilografía reunido en Octubre ppdo. con el título de la « Sifilis en el Uruguay » folleto que elevamos en oportunidad a la Comisión Honoraria al que hemos de referirnos más de una vez.

Decíamos entonces que han desfilado por la Clínica Dermosifilopática del Profesor Brito Foresti desde Agosto de 1900 hasta el 31 de Diciembre de 1917, 14.072 enfermos, de los cuales 2.771 sifilíticos y sobre éstos 2.182 sifilíticos secundarios, o sean un 6.40 % de enfermos que recién adquirían su sifilis.

La estadística global de los enfermos vistos desde el establecimiento del Instituto Profiláctico en las Clínicas Dermosifilopática y Dermatológica, comprende un conjunto de 8.000 enfermos hasta el 31 de Agosto ppdo. sobre los cuales hay un 9 % de sifilis iniciales, porcentaje que estimábamos demasiado elevado, ya que desde 1911 contábamos con un poderoso remedio, el arsénico, destinado a combatir la sifilis.

Esa misma estadística tomada exclusivamente sobre las ulceraciones genitales, nos da que sobre 1.424 chancros vistos dentro de los primeros seis meses de evolución, 464, o sea un 30 % son chancros sifilíticos, porcentaje realmente abrumador.

Si procedemos de otro modo para los efectos de la estadística, ya que muchas veces los practicantes no anotan todos los enfermos, que concurren a la consulta, en los Libros Registros lo que altera el porcentaje, y lo tomamos sobre los enfermos exclusivamente sifilíticos tenemos que en 1918 sobre 470 sifilíticos inscriptos en el Libro del Dispensario, 187 tenían manifestaciones secundarias; en 1919 sobre 390 inscriptos 209; en 1920 sobre 540, 299; en 1921 sobre 476, 235. A las cifras de los

tres últimos años habría que agregar los enfermos que han tenido un chanero el año anterior y tratados local o generalmente, y cuya reacción de Wassermann era positiva que son 9.25 y 10 respectivamente lo que aumenta aún las cifras ya señaladas.

La diferencia del primer año se explica porque se anotaron en el Registro Especial del Dispensario a casi todos los sífilíticos, que desde hacía años concurrían a tratarse a la clínica; hay aumento en el segundo año en que la sífilis recién adquirida representa un 60 %, para quedar alrededor del 50 % en 1920 y 1921.

SEGUNDA PREGUNTA. — *¿ Aumenta el número de recientes contagiados o esa mayor afluencia a los dispensarios responde a otra causa ?*

Los datos estadísticos arrojan cifras que demuestran un aumento de las sífilis iniciales cuyo número permanece proporcionalmente casi el mismo habiendo aumentado el porcentaje de un 6 a un 9 % aproximadamente con relación a los años anteriores.

Ese aumento se debe por una parte a la mayor afluencia de enfermos a la policlínica y por otra a un aumento en el número de enfermos contagiados. No es un mal nuestros exclusivamente; lo han señalado en Europa, en los países que intervinieron en la gran Guerra y aún en aquellos como España que permanecieron neutrales.

¿ A que causa responde esa mayor afluencia de enfermos a los Dispensarios ?

En mi opinión son dos los factores principales: uno, económico; la gratuidad de los servicios prestados hacen que muchas personas de posición modesta, que antes consultaban médicos particulares, concurren actualmente a los Dispensarios; y el otro factor, es el fruto de las ideas propagadas sobre la rápida curabilidad de la sífilis a raíz de la introducción de los arsenicales en la terapéutica antisifilítica, ideas que se abrieron fácil camino aquí como en otros países, que desarmó al Pueblo del secular temor frente a esa enfermedad, quién se expuso, lleno de optimismo sobre su porvenir, a adquirirla con

más tranquilidad, creyendo librarse rápidamente con una o dos series más o menos largas de inyecciones de Neosalvarsan.

Hace poco una Revista extranjera llamaba la atención sobre la mayor frecuencia de las sífilis iniciales, atribuyéndola a esa idea de fácil curabilidad demasiado prematuramente vulgarizada en un público, que por idiosincracia recurre siempre o casi siempre tardíamente a los médicos de los Hospitales, desperdiciando la etapa en que existen más posibilidades de cura radical, con el agravante de la intervención medicamentosa local que aconsejan amigos y boticarios con un entusiasmo digno de mejor causa.

Ese factor ha sido, es y será, en nuestro concepto, el que más contribuya a la extensión de la enfermedad, hasta que no se reeduce al público en el temor de adquirir la sífilis, siempre funesta por su acción sobre el porvenir del individuo y de la raza.

TERCERA PREGUNTA. — *¿ Que opinión le merece el neosalvarsan actual ? ¿ Si ha tenido accidentes, de que naturaleza han sido ? ¿ Casos mortales ha tenido ?*

Es esta una pregunta demasiado amplia para ser encarada de un modo uniforme.

Sin que haya variado su composición química, después de 10 años de uso continuado e intenso en otros países y de menos tiempo en el nuestro, hay ya opinión definitiva sobre su valor curativo como antisifilítico enérgico y poderoso, capaz de hacer posible la cura radical de la sífilis.

Entre nosotros, desde hace algún tiempo, como tuvimos oportunidad de exponer en las discusiones del segundo Congreso de Sifilografía, vemos algunos casos cuyas lesiones no ceden sinó difícilmente a la acción del neosalvarsan aún empleado a dosis elevadas. Pero esto no disminuye ni le quita su valor curativo, ya que frente a esos casos, en número limitado tenemos muchos otros

que han visto cicatrizar sus lesiones, hacerse su Wassermann negativo con una serie de 8, 10, 15 inyecciones de neosalvarsan, como hemos de ver más adelante.

Esos casos rebeldes observados por nosotros desde hace unos tres años demuestra que pasa con los sífilíticos frente al neosalvarsan lo que pasa con todas las enfermedades y que se ha repetido todas las veces que se trata de la acción curativa de un medicamento: no todos los enfermos reaccionan del mismo modo.

Mientras tanto puede considerarse como definitivamente adquirido que el neosalvarsan es un poderoso antisifilítico, que en algunos casos fracasa, como fracasan todos los medicamentos, y por tanto que frente a una enfermedad proteiforme como la sífilis no es posible sistematizar la terapéutica.

Nosotros hemos llegado a esa constatación después de varios años de salvarsanoterapia intensiva, lo mismo que han llegado los que nos precedieron en el tiempo en los tratamientos arsenicales, incluso para no citar sino uno solo de los más entusiastas neosalvarsanistas, el mismo Vernes, quién proclama «la excelencia del tratamiento mercurial o iodo-mercurial con método y continuidad siguiendo el ejemplo de los antiguos médicos «sifilígrafos, observadores consumados, en cuyas manos «esta medicación ha dado excelentes resultados», aunque haga reservas sobre si es posible aplicar su ley de los tres ochos en los enfermos tratados con el mercurio.

Así vemos que todos los libros dedicados a la sífilis, últimamente editados, al referirse a la terapéutica hablan de la necesidad de los tratamientos mixtos —arsénico, mercurio y yoduro—y bismuto, agregamos nosotros, como único medio de combatir eficazmente la enfermedad, tratamiento prolongado por tres o cuatro años, juzgando al arsénico de gran valor curativo.

Es esta nuestra opinión sobre el neosalvarsan actual, que no la han modificado esas excepciones a que nos hemos referido más arriba.

Su empleo expone a accidentes y este año nos ha sido dado observar varios casos de ictericia más o menos graves, que curaron todos ellos felizmente; en muchos enfermos hemos visto ligeros trastornos digestivos que los han hecho enflaquecer. Solo uno de los enfermos, señora de 63 años, tuvo una exantema de origen arsenical.

No hemos tenido ningún accidente mortal.

CUARTA PREGUNTA. — *¿ Si ha usado el tartro bismutato de potasio y sodio, que resultado ha conseguido y que conclusiones puede sacar ?*

Hemos usado desde los primeros días de Diciembre ppdo. la sal arriba indicada, habiendo ensayado la preparada por el Dr. Orestes Calcagno de Buenos Aires, el Tar-Sal de Prunell, el Spirocid de Copetti y Curci, y el Trepol, dando preferencia al Tar-Sal porque los enfermos lo encuentran menos doloroso.

Adjuntamos a esta nota un folleto conteniendo nuestro artículo titulado la Bismutoterapia de la sífilis aparecido en el número de Abril de la Revista Médica del Uruguay en que hacemos una Revista general de todos los artículos aparecidos en la Prensa Médica Nacional y Extranjera que había llegado a nuestras manos hasta los primeros días de Abril, y en el que exponemos sintéticamente la historia clínica de más de 50 observaciones, las que motivan las siguientes consideraciones:

ANALISIS DE LOS CASOS CLINICOS RELATADOS

La lectura de las historias clínicas precedentes, demuestra la multiplicidad de casos en que hemos usado el bismuto como medio terapéutico. Desde casos de sífilis inicial con Wassermann negativo o positivo, hasta el tabes, y en un caso con síntomas de sífilis cerebral, probable P. G.

Sífilis primaria. — Hemos tratado 14 casos: dos casos con W H 0, uno H 4, uno H 7 y nueve casos con H 8. En todos ellos los chancros curan rápidamente, el plazo que va desde dos días hasta 20 días. Un caso que solo

recibe un gramo 20 ct. vuelve al mes y medio con placas mucosas bucales y sífilides cutáneas.

El W. se hizo rápidamente negativo en cuatro observaciones, una de las cuales tenía W. H. 7 y solo recibió una inyección de 0.20 en catorce días.

Un solo caso vió hacerse su W. positivo para luego ser negativo en breve plazo.

Sífilis secundaria. — Un grupo numeroso de enfermos hemos tratado con manifestaciones secundarias; dentro de éste dos clases de enfermos: sífilíticos recientes y sífilíticos ya tratados.

En este grupo de enfermos, 8 tenían manifestaciones cutáneas o mucosas, a pesar de que habían algunos que habían sido intensamente tratados por neosalvarsan y por mercurio, y dos enfermos, uno con W. H 0 y otro con W. H 7 que sufrían de algias, ambos con cierta intolerancia arsenical, algias que no habían cedido al yoduro de potasio.

Pues bien: la evolución de las lesiones hacia la cura fué clara y evidente, y esas lesiones desaparecieron a la primera, tercera, quinta o sexta inyecciones, excepto un caso cuyas placas resistieron a dos grs. 50 de bismuto, produciéndose una estomatitis intensa que obligó a suspenderle el tratamiento.

En el grupo de sífilis secundaria, que son 14 la evolución de las lesiones se hizo rápidamente hacia la cura también en plazos muy breves. Un solo caso tuvo a los nueve días de habersele inyectado 2 grs. 40 una iritis que no cedió a 2 grs. 40 más por lo que me ví obligado a recurrir al neosalvarsan para concluir la cura.

Un caso con ictericia del período secundario, vió desaparecer en pocos días bilis y pigmentos que acusaba el primer análisis demostrando ser rápidamente influenciado por la medicación.

La R. de W. ha sido en algunos casos rápidamente influenciada; en otros aún persiste positiva, pero debe tenerse en cuenta que el trabajo de Guenot y Fournier

establece que va lentamente haciéndose negativa cosa que en algunos casos ocurre a los tres o cuatro meses.

Sífilis terciaria. — Un grupo de cuatro enfermos son los que han estado sometidos al tratamiento bismutado. Tres con manifestaciones cutáneas, un cuarto con sarcocoele y con un esbozo de Romberg, pereza pupilar. Los tres primeros vieron cicatrizar rápidamente sus lesiones, lo mismo que el cuarto vió su sarcocoele disminuído al tercio después de la séptima inyección, en total un gramo 40 pero con la particularidad siguiente: después de la tercera, se acentúan al día siguiente de la inyección algias fugaces en ambas pantorrillas, como los dolores fulgurantes del tabes, verdaderos fenómenos de Herrheimer, ya señalado con el mercurio y con el neosalvarsan en los tabéticos.

Manifestaciones oculares. — En los casos de sífilis secundaria, uno de ellos presentóse a los nueve días de la última inyección con una iritis comenzada hacia 4 días, iritis que resistió a 2 grs. 60 de tartro bismutato con alternativas de mejoría pero que obligó a recurrir al neosalvarsan.

Además de este caso tratamos un segundo de iritis, en una niña de 15 años, sin estigmas de sífilis adquirida, con W. H. 0. Pues bien apesar de habérsele inyectado 2 grs. 40 no conseguimos mejorar su iritis por lo cual echamos mano del neosalvarsan para seguir el tratamiento.

Un caso de parálisis del sexto par recibió 4 grs. 70 de bismutato, casi sin interrupción, dosis una vez y media mayor que la aconsejada por Fournier y Guenot, persistiendo aun una ligera diplopia según informe de nuestro apreciable colega el Dr. Demicheri.

Como se ve los tres casos de manifestaciones oculares han sido muy rebeldes al tartro bismutato; no hemos tenido el mismo éxito que el Profesor Gourfein, de Ginebra, que en dos casos obtuvo una rápida desaparición de los accidentes.

Sífilis nerviosa. — Seis casos de enfermos del sistema nervioso hemos tenido oportunidad de tratar: cinco tabes y un síndrome cuyo diagnóstico es de sífilis cerebral, probable parálisis general.

La lectura de las observaciones demuestra concluyentemente la acción benéfica que sobre el tabes ha tenido la medicación bismutada; excepto en uno que presentó una estomatitis, los cuatro restantes vieron desaparecer sus dolores, cerrarse una articulación alierta, retroceder una hemiplegia, con desaparición casi del Komberg; en el de la artropatía tabética del hombro, mejorar evidentemente los movimientos y disminuir la tensión articular. En el otro caso de artropatía de la rodilla ensayo el tratamiento combinado: los lunes neosalvarsan, los viernes, tartro bismutato, sin que aún pueda decir nada sobre los resultados, pues lleva muy pocas hechas.

En cuanto al enfermo de sífilis cerebral, no he podido apreciar un cambio digno de hacer constar, excepto la sensación de mejoría que dice él mismo sentir y que también aprecia la familia.

Acción sobre la Reacción de Wassermann. — En los casos de sífilis primaria (4) que tenían W. positivo, se hizo rápidamente negativo y en uno que tenía su W. negativo, tuvo intercalado un positivo total que se hizo rápidamente negativo.

En los casos de sífilis secundaria, con más suerte que Fournier y Guenot hemos visto en cinco casos hacerse el W. negativo después de la primera serie, en tres atenuarse, H1, H2, H5, para ser después H8 y en otro que había recibido 7 inyecciones hacerse H 8, en cambio en los de sífilis terciaria persistir positiva menos en uno que dió H8 pero que presenta el fenómeno de floculación.

Nuestra experiencia demuestra que actúan poderosamente sobre la reacción de W. en breve plazo en contra de lo expuesto por Queyrat.

Inconvenientes. — Como habráse visto hemos tenido en proporción muy grande el liserado gingival y en un

caso hasta la mucosa yugal presentaba el aspecto de acero descripto por Azoulay.

Localmente no puede decirse que sean indoloras, salvo casos especiales y en algunos enfermos hay verdadero enquistamiento.

Algunos enfermos han presentado albuminuria y de todos, uno solo tuvo un cólico intestinal después de cada inyección, y otro, un aspecto especial de su rostro y temblor de las manos que persistió por algunos días y albuminuria. En este enfermo las inyecciones tenían tendencia a enquistarse.

Algunas consideraciones finales. — Si se hace el balance lo que diversos autores han publicado y de lo que resulta de nuestra observación, se ve que es indiscutible que nos encontramos frente a un nuevo medicamento de acción evidentemente enérgica contra el treponema.

Es una medicación de facil manejo, de sencilla aplicación, que aparea algunos inconvenientes, pero el mayor de todos quizá, es la incertidumbre de la conducta a seguir frente a un enfermo a quién se le ha hecho una serie de inyecciones hasta alcanzar o sobrepasar, como lo hemos hecho en un caso la dosis de tres gramos, aconsejada por Fournier y Guenot. Es un medicamento en plena experimentación y en los primeros meses de su experimentación, frente a una enfermedad que requiere años para la debida apreciación del efecto de la medicación empleada.

Llega en un momento, me refiero a nuestro país, en que el entusiasmo con que se proclamó las excelencias únicas de los arsenicales frente al viejo mercurio, siente el frío aplastador de algunos hechos clínicos, en que lesiones luéticas resisten impunemente dosis medianas y aún elevadas de medicación, repetidas semanas tras semanas, de modo que ha sido acogido sinó con tanto entusiasmo, por lo menos con gran ardor, como el que mereció el neosalvarsan.

¿Cuál debe ser la conducta a seguir? Ninguno de los experimentadores se atreve a aconsejar nada definitivo. Solo Fournier y Guenot hablan de dar una serie

de inyecciones y luego dar una por semana o tras de un mes de descanso una nueva serie. No tienen en cuenta en este consejo la acción lenta sobre la reacción de Wassermann que ellos constataron. En efecto si la sifilimetría es un auxiliar de primer orden para la dirección del tratamiento, esta conducta aconsejada por los referidos autores no es posible seguirla, puesto que como ellos mismos lo establecen al estudiar sobre la reacción de Wassermann, han visto algunos casos en que se ha hecho negativo recién a los cinco meses después de la última inyección. Luego lógicamente debería esperarse a que transcurriera ese plazo en debida observación.

Milian más prudente considera que con las dosis preconizadas se ha buscado una esterilización masiva, no exenta de complicaciones y cree en consecuencia que deberán espaciarse las inyecciones, debiendo ser hecha cada inyección cuando las reacciones locales y generales hayan desaparecido. Una dosis de 0.30 a 0.25 cada seis días o de 0.20 cada 5 días para un hombre de talla mediana le parece la dosis más compatible con la mejor tolerancia y el máximo de actividad. En esta forma ha podido hacer series de 15 a 20 inyecciones sin estomatitis.

Algunos de los enfermos por mi observados y que han venido irregularmente a la clínica (ob. N.º 17 de sífilítico ya tratado con placas mucosas linguales, éstas habían casi totalmente desaparecido con la primera inyección a los diez días, el número 45 de sífilis primaria con R. W. H 7 vió su accidente inicial cerrado con una sola dosis y a los 14 días después el W. era negativo y el número 51 el más significativo de todos, vió cerrar su accidente inicial con 0.70 de tartro bismutato y al mes y medio sin otro tratamiento tenía su W. negativo); estos enfermos repito vienen a corroborar la observación hecha por Milian por lo que me parece que debemos tener en cuanta la indicación de éste en la dirección del tratamiento.

¿ *A que enfermos trataremos con el bismuto.* ? — Emery ha sintetizado el juicio que le merecían las sales bismú-

tidas diciendo que debemos reservarlas para aquellos casos arseno-resistentes, enfermos que el arsénico no curan, a los que no toleran el arsénico; a los que no tolerando el arsénico no curan por el mercurio, recordando que es el mejor medicamento de sustitución a aplicar en el tratamiento.

Nos parece de acuerdo con el resultado de nuestra observación, que Emery ha limitado el campo de acción del bismuto ya que como se ha tenido oportunidad de leer en nuestras sintéticas historias clínicas, su acción curativa es muy grande, en algunos casos evidentemente superior a los arsenobenzoles y el mercurio. Milian estima numéricamente en 10 la acción de los arsenicales, en 4 la del mercurio y en 7 la del bismuto. Pues bien, nuestra observación nos ha llevado al convencimiento que en muchos casos es evidentemente superior.

Son bien concluyentes en ese sentido las observaciones de accidentes iniciales, que curando con pocas inyecciones mantienen su W. negativo; como son bien concluyentes los casos de sífilis secundaria rebeldes a mercurio y neosalvarsan, que vieron desaparecer sus lesiones rápidamente y cuyo W. se hace negativo en plazo muy breve, lo son en menor grado los casos de manifestaciones terciarias y debemos decir que en los casos de manifestaciones oculares no se ha mostrado tan activa.

Pero donde es más concluyente su acción es en los casos de tabes: si hubiera sido un solo caso podría tratarse de una simple coincidencia, pero todos ellos menos el de la artropatía de la rodilla, han mejorado claramente.

Es, pues, un medicamento enérgico, cuyo valor comparativamente con el mercurio y arsenicales han estimado Emery y Milian en menos de su verdadero valor y debemos usarlo prudentemente pero con confianza en su acción terapéutica.

Nuestra conducta frente a los enfermos se ha modificado, ya no le damos día por medio la dosis de 0.20; las hemos espaciado, dándola cada cinco o seis días, aleccionados por los casos en que los enfermos viniendo irre-

gularmente a la clínica se presentaban con sus lesiones curadas y en esto estamos de acuerdo con lo que Milian aconseja.

Tenemos actualmente en tratamiento una serie de enfermos en los que unimos las dos medicaciones arsenical y bismutado con buen resultado, pero consideramos prematuro llegar a conclusiones de ninguna clase.

CONCLUSIONES

1.º El bismuto empleado bajo la forma de tartro bismutato es un antisifilítico enérgico.

2.º Su acción es manifiesta en las sífilis iniciales y secundarias y en las manifestaciones de los sífilíticos tratados con neosalvarsan y mercurio. En un caso de sífilis ya tratado, no logró hacer desaparecer las lesiones.

3.º En la sífilis terciaria es menos enérgica siendo sin embargo activo.

4.º En las iritis no ha tenido igual actividad.

5.º En los casos de tabes hay evidente mejoría.

6.º Consideramos que la dosis de 0.20 cada dos días preconizada por Guenot y Fournier es sumamente intensa.

7.º Influye bastante rápidamente sobre la reacción de Wassermann que se ha hecho negativa en algunos casos de sífilis secundaria en plazo poco mayor de un mes.

8.º Su empleo tiene algunos inconvenientes: estomatitis, dolores locales, infiltración de las regiones glúteas, cólicos intestinales, albuminuria».

QUINTA PREGUNTA. — ¿ Conoce si ha habido muchas defunciones entre los enfermos del dispensario, a pesar de todo tratamiento ? ¿ Ha muerto por su sífilis o por otra causa ?

Es esta una estadística muy difícil de llevar por la circunstancia de que los enfermos concurren irregularmente y la vinculación con la clínica es muy precaria.

Basta decir, por ejemplo, que de los primeros 100 enfermos anotados en el Dispensario concurren regularmente a asistirse 7, otros dos una vez cada seis u ocho meses y 12 que tienen su W. negativo concurren irregularmente de tiempo en tiempo a controlar su reacción, en total un 21 %; del segundo centenar solo concurren 4 a asistirse, nueve a controlar su Wassermann, en total 13 %; y si tomamos enfermos más recientes del año 1921 entre el número 1500 y 1.600, apenas si 23 enfermos se asisten con cierta regularidad.

Estos números demuestran claramente que no es posible observar los enfermos asistidos en la Policlínica en una forma que permita responder debidamente a la pregunta formulada. Sabemos sin embargo que han habido algunas defunciones en este año de enfermos que se asistían en el Dispensario: el N.º 78 del que ignoramos la causa del fallecimiento, el N.º 219 que murió por peritonitis aguda de origen apendicular en la Sala B. de Cirugía del Hospital Maciel; el 314 de aneurisma de la aorta en el Hospital Inglés; el 474 de bronco pneumonia en Fray Bentos; el 517 de un segundo ataque de hemorragia cerebral en su domicilio (era un enfermo intolerante de neosalvarsan que con dosis de 5 etg. presentaba una exantema); el 583 de hemorragia cerebral asistiéndose en el Hospital Maciel; el 790, a consecuencia de su sífilis cardio aórtica; el N.º 82 a consecuencia de su sífilis-cardio aórtica; el 1218 de afección intercurrente en su domicilio; el 1406, a consecuencia de meningitis sífilítica, (niño); el 1771 ignoro la causa. En total 6 sobre 11 han muerto a consecuencia de su sífilis; tres por afección intercurrente; dos se ignora la causa.

SEXTA PREGUNTA. — *¿ Cree Vd. que es posible aceptar como indiscutible la esterilización de las sífilis iniciales ?*

Hemos abordado este punto en dos capítulos de la Comunicación al 2.º Congreso de Dermatología, titulados

«Reinfección sifilítica y Diagnóstico precoz de la sífilis». En el primer capítulo exponía precisamente dos casos que habían adquirido por segunda vez la sífilis, uno de ellos en menos de un año, habiendo tenido ambos sífilis secundaria. He aportado así mi contribución personal a las múltiples observaciones publicadas en la Prensa Médica que establecen la posibilidad de curar radicalmente la sífilis mismo tomada en pleno período secundario, bien que no se tengan aún los elementos de juicio que permitan establecer cuando se puede hablar de cura radical.

Hoy puede decirse que la esterilización de la sífilis en el período primario por los arsenicales es admitida por muchos autores, por lo menos como una posibilidad basándose los partidarios en varios órdenes de pruebas: primero, «*pruebas clínicas*: los sifilíticos primarios tratados antes de la aparición de la sero reacción positiva no presentan accidentes sifilíticos ulteriores: segundo, *pruebas por la reinfecciones* a las que ya nos hemos referido más arriba; tercero, *pruebas serológicas*: la seroreacción de los enfermos tratados en estas condiciones queda completa y definitivamente negativa. Es la mejor prueba de que la infección sifilítica se ha anulado antes de que el treponema haya podido multiplicarse y ocasionar las reacciones humorales que aparecen fatalmente cuando esta enfermedad evoluciona de un modo normal, es decir cuando se generaliza toda la economía» y cuarta, *pruebas de herencia*, esto es sifilíticos casados que tienen hijos perfectamente sanos sin haber contaminado a sus señoras.

Existen sin embargo autores que se resisten a aceptar la posibilidad de la esterilización de la sífilis pretendiendo que los partidarios de la cura abortiva creen que en el período primario haya solo una afección local a combatir olvidando que cuando el chancre aparece, ya la sífilis está generalizada, como lo prueban algunos casos de meningitis pre-roseolicas reveladas por la punción lumbar.

Esta argumentación es contestada por uno de los más entusiastas partidarios del neosalvarsan, diciendo que esos hechos no suponen la imposibilidad, mismo teórica de la esterilización pues no esta demostrado que la aparición del chanero implica invasión del organismo, más aún cuando algunos observadores enseñan que las reacciones meningas no se muestran comúnmente antes de la tercera semana, plazo en el cual disminuyen las probabilidades de cura radical, y por otra parte porque aun generalizado el virus no está instalado, adaptado a su nuevo domicilio donde no es sinó un huesped precario.

El hecho indudable es que hasta antes del descubrimiento de Ehrlich se conceptuaba como axiomático que la sífilis era incurable y son muy contados los casos de reinfección sífilítica publicados durante el uso de los mercuriales, tan raros que hasta tentativas de reinoculación fracasaban; lo que motivó la clásica frase de que «no hay más que un medio seguro de resistir la sífilis y es tenerla».

Por nuestra parte en el capítulo sobre diagnóstico precoz de la sífilis hemos expuesto cuarenta y dos observaciones tomadas en el período inicial de la sífilis, de las cuales 27 estudiadas con R. W. intercaladas durante el tratamiento, alguna de ellas con más de 8 años de observación clínica, casados, con hijos sanos, que unidos a los casos de reinfección nos llevan a aceptar la posibilidad de la cura radical.

SEPTIMA PREGUNTA. — *¿ Tiene muchos enfermos de esta categoría con observación de largo tiempo y sin signo alguno de sífilis ?*

La Comunicación al 2.º Congreso de Dermatología y Sifilografía arroja los siguientes datos: año 1918, 2 casos; año 1919, 2 casos; año 1920, 14; y año 1921, 37.

Como se ve en los tres primeros años hemos tratado muy pocos casos con accidente inicial y Wassermann negativo, no porque no concurrieran enfermos a la clínica, sino por la falta de una persona dedicada a esta in-

vestigación, hecho sobre el que ya llamamos la atención en memorias anteriores.

En 1920 algunos colaboradores voluntarios, a quienes agradecí oportunamente su cooperación, los Dres. Julio E. Moreau, Enrique Claveaux y Carlos Semblat, permitieron tratar más casos de accidentes iniciales, número que fué mayor el año pasado, por la colaboración entusiasta del Dr. Claveaux y del Sr. Alfredo Prunell, Jefe del Laboratorio de Clínica Psiquiátrica, gracias a cuyo concurso me fué dado presentar dos capítulos de mi exposición sobre diagnóstico precoz de la sífilis.

Desde el 9 de Noviembre ppdo. el Laboratorio Central señaló dos días para investigaciones al ultra microscopio, extendiéndolo a todos los días de la semana desde Marzo de este año, medida ésta que redundará en beneficio de la marcha del Instituto.

Considero necesario y por eso insisto en este momento, practicar el método de reacción local para el diagnóstico de la sífilis en aquellos casos en que no se encuentre treponema al ultra microscopio, método que aunque no es infalible, facilita muchos diagnósticos precoces de sífilis y cuya importancia la presentía Oyarzabal, en 1920, quien dice lo siguiente: « La reacción W. con la serosidad del chanero sobre todo si se hace simultáneamente con la de Hech, puede tener mucho valor ».

De lo dicho más arriba resulta que los enfermos de mayor tiempo de observación, corresponden al año 1918, quienes han permanecido serológicamente normales y sin haber presentado ninguna sintomatología clínica.

OCTAVA PREGUNTA. — *¿ Si ha ocurrido muchas veces de ver en enfermos tratados en buena forma, hacer manifestaciones contagiosas a poco de abandonar el tratamiento y aun en pleno tratamiento ?*

Ya hemos dicho antes de ahora que desde algún tiempo a esta parte necesitábamos en algunos enfermos, mayor

número de inyecciones de neosalvarzan para obtener resultados serológicos negativos, así como veíamos enfermos cuyas lesiones resistían más a la acción terapéutica.

Con relación al número de enfermos que se tratan en la policlínica, esas excepciones son en número limitado, por lo que, como hemos dicho al referirnos al valor curativo del Neosalvarsan, estas excepciones no lo invalidan. Hemos visto esas lesiones ceder al mismo remedio dado a dosis mayores y en otros casos usando el Salvarsan hemos conseguido la cicatrización de esas lesiones.

Entre los enfermos que han presentado lesiones a poco de abandonar el tratamiento o en pleno tratamiento se encuentran los siguientes:

Enfermo N.º 924 (año 1920) quién después de una serie de 20 inyecciones y al empezar la segunda tuvo una infiltración de la laringe diagnosticada por el Dr. Puig; N.º 932—que a los dos meses después de terminada cada serie reaparecía con placas mucosas:—N.º 996 que ve hacerse su Wassermann positivo después de dos o tres meses negativo, y presenta una sífilide: ulcerosa de la amígdala:—Enfermo 1146 que vino en Julio de 1920 con dos chaneros, uno del surco y otro del frenillo clínicamente sífilítico con W. H. O. Se le dieron entre todo alrededor de 50 inyecciones de Neosalvarsan en la siguiente forma: primera serie, 10 inyecciones (5 grs. 70) R. W H 5 inyecciones más (2 grs. 40) R. W H 0; 10 inyecciones más (5 grs. 20) R. W. 9; 16 inyecciones más 9 grs. 60, R. W. H. 3; 8 inyecciones más (4 grs. 40) R. W. H 8 y H 7 y 1/2 con fenómenos de floculación en Diciembre, presentando en la punta de la lengua una lesión de aspecto nacarino, clínicamente específica. Esta lesión desaparece con el uso del tartro bismutato;—enfermo 1199, que a pesar de 24 inyecciones de Neosalvarsan y 11 de aceite gris intercaladas, tiene una sífilis de ulcerosa de la lengua y de labio superior, que se cierra a la primera inyección de 0.30 de 606 y que después de 5 inyecciones más de 606 tenía aún su W. positivo pero sin manifes-

taciones;—N.º 1214 que diagnosticado antes de tener manifestaciones ve aparecer a menos de 20 días de terminada una serie de 20 inyecciones de Neosalvarsan, placas mucosas rebeldes a dosis medianas, pero que ceden con el aumento de la dosis del mismo Neosalvarsan;—enfermo N.º 1331 que apesar de 30 inyecciones de Neosalvarsan de 0g.60 y 0g.70 ve aparecer en pleno tratamiento placas mucosas en el paladar y en la lengua que solo desaparecen con dosis mayores de 0.90 y un gramo, y a quién di después 606 conservando su W. positivo;—enfermo N.º 1340, que tomado antes de la aparición de manifestaciones secundarias, en pleno tratamiento presenta una sífilis psoriasiforme del dorso y del prepucio, que pareció yugular el Silver-salvarsan, y que solo cedieron a la acción de 1606;—enfermo N.º 1349 que le aparecen placas mucosas después de haber recibido 37 inyecciones de Neosalvarsan a dosis de 0.70, 0.80 y 0.90 semanales, lesiones que cicatrizaron por la acción del 606.—Enfermo 1467, que antes de tres semanas de terminar una serie de 20 inyecciones de 0.75 y 0.90 las últimas, presenta lesiones mucosas que persisten a pesar de dosis altas del mismo remedio alternadas con cianuro de mercurio, lesiones que desaparecen bajo la acción del 606;—enfermo N.º 1468 que después de una serie de más de 20 inyecciones de Neosalvarsan presenta placas mucosas de la lengua que ceden a la segunda inyección de 606, que hubo que suspender por crisis nitritoides, siguiendo el tratamiento con tartro bismutato;—enfermo 1616, tratado con unas 30 inyecciones de Neosalvarsan que presenta unas sífilides papulosas circinadas del escroto con W. H 8 y pocos días más tarde una sífilis úlcero gomosa lingual del tamaño de una avellana con W. H 0, lesiones que cedieron a la acción del tartro bismutato.—Enfermo N.º 1766 que después de más de 20 inyecciones de Neosalvarsan presenta en pleno tratamiento placas mucosas linguales que ceden a la acción del tartro bismutato;—enfermo 1636 que recibe hasta el mes de Diciembre 20 inyecciones de Neosalvarsan, y teniendo placas mucosas de labio infe-

rior y una sífilis en el prepucio con W. H 8 primero se le hacen 6 inyecciones más en total 3grs.40 de Neosalvarsan, desapareciendo las manifestaciones y que vuelve en Febrero de este año con placas mucosas bucales y sífilis papulosa de las manos con W. H O, lesiones que cicatrizan bajo la acción del tartro bismutato;—enfermo N.º 1761 que después de una serie de más de 20 inyecciones de Neosalvarsan, presenta placas mucosas extendidas a la lengua y a los labios que no ceden al tratamiento con aceite gris intercalado, lesiones que curan bajo la acción del tartro bismutato;—enfermo N.º 1792 que viene con lesiones secundarias psoriasiformes de las manos que ceden con las primeras inyecciones de Neoarzfenammina, lesiones que reaparecen antes de la 10.^a inyección, que resisten a 10 inyecciones de Sulfoarsenol, que ceden a las dos primeras inyecciones de Silversalvarsán para reaparecer a la cuarta, que ceden a la acción del 606, que hubo que suspenderlo por crisis nitritoide y que después de un descanso de más de dos meses vuelve con placas mucosas bucales, amígdala izquierda, que cicatrizan bajo la acción del tartro bismutato.

Estos últimos casos son observados en lo que va corrido del año. Pero frente a estos casos que en total son 15, tenemos todos los otros enfermos en tratamiento y que vienen con regularidad a la Clínica como por ejemplo el N.º 958, 986, 1015, 1091, 1118, 1305, 1385, 1548 y tantos otros que podríamos citar que con series de 20 inyecciones de Neosalvarsán han curado sus lesiones secundarias y su Wassermann ha persistido negativo, algunos de ellos con punción lumbar también negativa después de un año o poco menos de observación y si citamos de los últimos tenemos otros enfermos como por ejemplo el 1727 que con una serie de 8 inyecciones de 914 vió curar sus manifestaciones secundarias y su Wassermann hacerse negativo.

Aquellos hechos de excepción no invalidan el valor definitivamente conquistado del Neosalvarsán como antisifilítico enérgico y activo. Demuestran que esta medi-

cación es como todas las medicaciones: frente a casos en que triunfa con maravillosa facilidad existen los casos rebeldes y de ahí que casi todos los maestros de la sifilografía enseñan la necesidad de usar el viejo mercurio como tratamiento de fondo según unos, auxiliar según otros, pero también de gran acción curativa en la cura de la sífilis.

NOVENTA PREGUNTA. — *¿ De los enfermos por Vd. asistidos hay algunos que han evolucionado a la parálisis general o al tabes a pesar de una medicación continuada ?*

Es muy breve el plazo de observación de los enfermos atacados de sífilis, que les fuera diagnosticada desde el funcionamiento del Dispensario, a lo sumo cuatro años, de modo que es aún prematuro sacar conclusiones a este respecto ya que cualquier caso que se presentara en esas condiciones llamaría la atención por la precocidad de su aparición.

Solo hay dos casos que han ingresado al Vilardebó: el enfermo N.º 37 cuya sífilis había sido adquirida en 1912, tratada con mercurio y neosalvarsán que en Junio de 1918 ingresó a aquel hospital con una gran agitación falleciendo a los pocos días de su ingreso y el enfermo N.º 604 que había tenido un chancro en 1913 que solo fué tratado localmente, que en 1919 viene con una parálisis del motor ocular común, se hace poco tratamiento y vuelve en 1921 con síntomas de parálisis general comenzante, reiniciando su tratamiento, pero que inconstante, desaparece hasta Abril de este año que viene en un estado tal, que hay que enviarlo al Hospital Vilardebó.

Hay un tercer caso cuya sífilis fué diagnosticada en Setiembre de 1921, que después de una serie pequeña de Neosalvarsán presenta un estado melancólico con coprofagia, que llevado al Hospital Vilardebó presentando su reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, negativo, y su P. L. completamente negativa; que después

de una breve internación es dado de alta, volviendo a asistir al Dispensario. Hace una pequeña recaída y vuelve a ingresar al Hospital Vilardebó de donde es dado de alta a los pocos días.

En total solo dos casos han tenido trastornos dementiales sobre los enfermos asistidos en el Dispensario y debido a sífilis diagnosticada y adquirida antes de la instalación del Instituto.

DECIMA PREGUNTA. — *¿ Que resultado ha obtenido en las embarazadas tratadas por el Neosalvarsán u otra medicación antisifilítica ?*

DECIMA PRIMERA PREGUNTA. — *¿ El Neosalvarsán ha provocado alguna vez abortos o partos prematuros ?*

La extensión dada a la respuesta de las otras preguntas hace poco menos que imposible abordar estas dos últimas con igual amplitud, frente a la brevedad del plazo en que debemos expedirnos.

Así que solo nos limitaremos a decir que tenemos muy pocas enfermas tratadas en esas condiciones, algunas de las cuales han dado a luz a término a hijos sanos. Solo una enferma tuvo un aborto de dos meses al empezar su tratamiento, teniendo después dos hijos a término y aparentemente sanos, atribuyendo la interrupción de su embarazo a su sífilis y no a la acción del medicamento.

ALGUNOS PUNTOS DE PROFILAXIS

Hoy que se reclama la opinión de los Jefes de Dispensarios sobre esos puntos de profilaxis, debo recordar que en nota pasada en Mayo ppdo. exponía a la Comisión Honoraria del Instituto algunas ideas sobre sistematización del Wassermann, y posteriormente en Diciembre elevaba una serie de proyectos de modelos de cartillas y carteles destinados a la ilustración del público.

Debo insistir una vez más sobre la necesidad de completar la acción de profilaxis que realiza el Instituto por

intermedio de los Dispensarios con la propaganda escrita, reeducando al público en el temor de adquirir la enfermedad, y enseñando la manera de evitar dentro de lo posible el contagio venéreo, insistiendo en que toda ulceración, la más pequeña, puede ser la puerta de entrada de una sífilis; y que ésta es tanto más probable de ser curada radicalmente, cuanto más precozmente se ha hecho el diagnóstico.

Carteles ilustrativos colocados obligatoriamente en lugar visible en los prostíbulos realizarían poco a poco la obra educadora.

Hay que reclamar la cooperación de un grupo de personas, que malogran infinidad de veces un diagnóstico precoz: me refiero a los boticarios, que no titubean en vender remedios a cualquier persona, que sin receta médica reclama medicación para curar unos chancros, a los cuales cree de su deber echar una mirada. Hay que instruir a los boticarios en el sentido del daño que representa esa intervención, reclamando una reacción sobre la conducta actual de la mayoría de ellos. Creo más en la eficacia de la educación, que en la acción punitiva, a la que solo en casos extremos debe irse en esta lucha de profilaxis.

En lo que se refiere a la vigilancia de prostitutas, vuelvo a repetir lo que he dicho otras veces: la acción de la inspección no basta. Si interrogamos a nuestros enfermos donde adquieren su chanero o su blenorragia, casi todos dicen: «en el bajo». La estadística demuestra que apesar de la extensión a un mayor número de casas de la Inspección, existen numerosos casos de contagios recientes de chancros simples sífilíticos y blenorragias.

Hay que hacer una obra complementaria, ya que las mujeres que ejercen la prostitución miran con terror el inscribirse en los Registros de la Prostitución, tratando por todos los medios posibles de burlar esa vigilancia. Quizás la creación de un Registro especial de mujeres que ejerzan la prostitución, sometidas a una vigilancia médica periódica, sin la perspectiva de verse recluidas y encerradas en el Sifilicomio y si solo eliminadas del ejer-

cicio activo temporariamente, completada con educación general en el sentido del daño que originan encontrándose en período contagioso, fue a la semilla que podría dar a la larga mejores resultados, por convencimiento y no por temor, iniciándose así una evolución hacia el ejercicio libre de la prostitución, mejor dicho, hacia la abolición de la reglamentación.

CONCLUSIONES

De la extensa Memoria correspondiente al año 1921 creemos poder llegar a las siguientes:

1.^a Necesidad de que el Jefe del Dispensario tenga a más del resultado de la R. de W., el de la reacción hecha por uno o dos procedimientos distintos, floculación, antígeno colesterinado, Hech.

2.^a Hay aumento relativo del número de sífilis iniciales.

3.^a El aumento se debe a la mayor afluencia de enfermos a los dispensarios y al aumento del número de recientes contagios.

4.^a Las causas de ese aumento son: gratuidad de los servicios prestados y concepto de fácil curabilidad de la sífilis difundido a raíz de la salvarsanoterapia.

5.^a Necesidad de reeducar al público en el temor de adquirir la enfermedad; propaganda ilustrativa explicando los medios de evitarla en lo posible.

6.^a Intensificación de la propaganda, cartillas, carteles en prostíbulos y lugares apropiados, enseñando al pueblo a que toda ulceración genital puede ser el comienzo de una sífilis, y que ésta es tanto más probable de ser curada radicalmente cuanto más cerca del comienzo se ha hecho el diagnóstico.

7.^a Invitar a todos los boticarios a cooperar en esta tarea pidiéndoles no expendan remedios para tratamientos locales de ulceraciones genitales cuando el interesado no lleve receta médica, debiendo indicarlo en aquellos casos la necesidad de recurrir urgentemente a los dispensarios.

8.^a El Neosalvarsán actualmente debe ser considerado como un antisifilítico enérgico de gran valor curativo, que en algunos casos fracasa como fracasan todos los medicamentos.

9.^a Necesidad de tratamiento mixto, mercurio, arsénico, yoduro y bismuto.

10.^a Los accidentes observados por el uso del Neosalvarsán fueron trastornos digestivos, ictericias y exantemas, no hemos tenido ningún accidente mortal.

11.^a El tartro bismutato de sodio y potasio es un antisifilítico enérgico, de gran actividad en casi todas las manifestaciones, a pesar de algunos fracasos, con gran acción sobre la reacción de W., constituyendo por tanto un elemento terapéutico más a usar en esta campaña contra la sífilis.

12.^a La acción enérgica del tartro bismutato sobre los spiroquetes en aplicaciones locales, en pomada al tercio con lanolina y vaselina lo indican como un elemento de primer orden para la profilaxis.

13.^a La posibilidad de cura radical de la sífilis es admitida por gran número de sífilígrafos, especialmente después de la introducción de los arsenicales en la terapéutica.

14.^a Los casos de sífilis iniciales en observación solo remontan a cuatro años.

15.^a Necesidad de practicar la sero reacción local en los casos de ulceraciones genitales en que la investigación del treponema ha sido negativo.

16.^a Hemos visto algunos enfermos (15) que presentan lesiones después de haber sido tratados en buena forma a poco de abandonar el tratamiento y aún en pleno tratamiento.

17.^a En los enfermos diagnosticados como sífilíticos desde la instalación del Instituto no hemos visto ninguno evolucionar al tabes o a la parálisis general.

18.^a Hemos obtenido buenos resultados en el tratamiento de las embarazadas por el Neosalvarsán sin que hayamos visto abortos provocados por la medicación.

Saluda al señor Médico-Jefe con su consideración más distinguida.

JOSÉ MAY.

Montevideo, Mayo 17 de 1922.

Sr. Director Técnico del Instituto Profiláctico de la Sífilis.

Tengo el agrado de elevar a Vd. la memoria del Dispensario N.º 1 del Instituto Profiláctico de la Sífilis correspondiente al año 1921. Dicha memoria consta de dos partes: una de fecha 31 de Enero de 1922 y otra de fecha 27 de Abril de 1922, y que fué redactada después del interrogatorio formulado por la Dirección Técnica con fecha 20 de Abril de 1922 y que completa la 1.^a. La 4.^a pregunta del interrogatorio va ilustrada por una publicación hecha por el Dr. May en la Revista Médica del Uruguay, publicación que Vd. encontrará adjunta a la memoria.

Como el Sr. Director verá, todo el trabajo de confección y de redacción de la Memoria del Dispensario N.º 1 ha sido hecho por el Sr. Médico Adjunto de ese Dispensario el Dr. José May, quien no ha omitido esfuerzos para llevar a cabo, con todo acierto, tanto la tarea que le impone la asistencia de los enfermos, como la tarea engorrosa de confeccionar las estadísticas para la redacción de la memoria. Quiero aprovechar de esta nota para dejar constancia de lo que acabo de expresar.

Aprovecho la ocasión para presentar al Sr. Director las protestas de mi más distinguida consideración.

JOSE BRITO FORESTI.

ALGUNAS IDEAS DE PROFILAXIA

Montevideo, Mayo 1.º de 1922.

Señor Presidente de la Comisión del Instituto Profiláctico
contra la Sífilis.

Dr. Alejandro Gallinal.

Señor Presidente:

Hace algunos días tuve oportunidad de adjuntarle un recorte del diario « La Mañana » en que vertía algunas ideas sobre profilaxia de la sífilis, prometiéndole enviar una nota en que justificara la necesidad de intensificar esta campaña.

Actuamos desde el año 1911 como Jefe de Clínica y Asistente en la Clínica de Piel y Sífilis del Profesor J. Brito Foresti, donde desde el año 1918 funciona el Dispensario N.º 1 y desde ese puesto hemos podido constatar que, a pesar de la abundancia de material curativo, particularmente desde un año y medio, la obra de profilaxia no se ha hecho sentir en forma eficiente y palpable.

Ya en la Memoria correspondiente al año ppdo. dediqué un párrafo a hacer resaltar esto mismo. Decía así: « Los números hablan elocuentemente de la cantidad de sífilis iniciadas en el año 1920. Alcanzan a 182 sobre 540 o sea el 30 % de los enfermos inscriptos, a los que había que agregar casi la totalidad de los 56 inscriptos cuyo accidente inicial corresponde al año 1919 para ver que casi el cincuenta por ciento de los enfermos (238/540) han adquirido su enfermedad a pesar de la obra de profilaxis en que está empeñado el Instituto ».

En los meses que van transcurridos de este año, dicha proporción no es menor, como consta en los partes men-

suales, que dan para la clasificación los siguientes datos:

<i>Meses</i>	<i>N.º de inscriptos</i>	<i>Sífilis inicial</i>
Enero	38	20
Febrero	26	10
Marzo	42	25
Abril	41	20
	147	75

Total sobre 147 inscriptos, 75 son iniciales o sea el *cincuenta por ciento*.

Quiere decir pues, que la estadística demuestra clara y contundentemente que la obra de la profilaxia, en la forma en que se lleva a cabo, es insuficiente. No basta la inspección de prostitución, ni las ampliaciones a las llamadas casas de pensiones, para ver disminuir en forma clara los casos de sífilis iniciales, como tampoco los casos de otras enfermedades venéreas.

De ahí, pues, que se imponga cambiar la orientación en la campaña contra la sífilis. Las ideas directrices de esa campaña están sintetizadas en el artículo a que me refería al comenzar esta nota y que transcribo en párrafos, con algunos comentarios.

I. ENFERMOS DE HOSPITALES. — « En nuestras Casas de Caridad se hace ya casi sistemáticamente la Reacción de Wassermann a los enfermos que se asisten en ellas, pero muchos escapan a ese control. Habrá que hacerlo sin excepción alguna y aún más, podrá exigirse como documento necesario para dotarlos de las tarjetas que acrediten su derecho a la asistencia gratuita ».

No voy a insistir sobre la importancia de este medio. Solo diré que más de un enfermo ha desfilado de una a otra policlínica en busca de alivio a males, cuya causa puso de relieve una reacción de Wassermann: se trataba de sífilis ignorada. La estadística del Dispensario N.º 1 del año 1920 da 125 casos sobre 540 o sea un 23 % *de sífilis ignorada*; en los cuatro meses de este año da 28 casos sobre 147 o sea un 19 % *de sífilis ignorada*.

II. EJERCITO Y POLICIA. — He aquí dos instituciones en las que habrá que exigir a todos los elementos integrantes el certificado de Wassermann de un modo sistemático ».(1)

No voy a insistir sobre las ventajas de esta manera de proceder; las estadísticas de autores extranjeros demuestran el pesado tributo de la gente militar a la sífilis.

III. CASAS DE INQUILINATO. (2) — La Dirección de Salubridad exige a los que van a ocupar una casa de inquilinato, el certificado de vacuna contra la viruela. Pues bien, del mismo modo y con mayor razón, dado que la sífilis es endémica, habrá que exigir el certificado de Wassermann a todos los habitantes de inquilinatos y esa medida contribuirá de un modo eficientísimo a la obra de profilaxia, pues hay mucha gente que vive en ellos, haciendo ejercicio clandestino de la prostitución, con todos sus peligros, fuera del peligro de la promiscuidad en que se vive. Y esa medida habría que completarla con el control de tiempo en tiempo, para aquellos que teniendo la enfermedad deberán presentar los documentos probatorios de su asistencia en sociedades o instituciones oficiales. Esa exigencia aparejará la profilaxia en:

a) *Servicio doméstico.* — Muchos integrantes de este personal viven en casas de inquilinato, de ahí que realizaría un verdadero control. Actualmente, que la Oficina de Trabajo los provee de libretas a los efectos de los días de des-

(1) Esta idea fué ya sostenida por el Dr. J. A. Rodríguez.

(2) Las ideas de sistematización del Wassermann en el servicio doméstico, talleres, conventillos y casas de inquilinato, empleados de empresas a quienes favorecen las leyes de jubilaciones, empleados de la nación y niños de las escuelas, fueron incorporados al programa a desarrollar en la Profilaxis de la sífilis en el Uruguay, como puede verse en el informe de la Comisión Honoraria del Instituto leído en el 2.º Congreso Sud-Americano de Dermatología y Sifitografía reunido en Montevideo en Octubre de 1921.

canso, habría que exigirles un certificado de Wassermann. No debe olvidarse que los sirvientes, viviendo en la misma casa que los patrones, en la intimidad casi, tocando los utensilios de éstos, sin que lo sepan, son transmisores de la enfermedad. Hemos visto cocineras con sus mucosas bucal y lingual, llenas de placas, en pleno período contagioso.

- b) Como también muchos obreros de fábricas, talleres, industrias, frigoríficas, etc. viven en esas casas de inquilinatos, tendríamos así realizada una obra maravillosa de previsión, sin perjuicio de que las Gerencias de esas casas impongan como documento previo al ingreso, el certificado de Wassermann.

Esta medida referente a las casas de inquilinato, para cuya realización debe pedírsele el concurso al Consejo de Administración Departamental es en mi concepto la que daría en el más breve plazo los mejores resultados; conjuntamente con la exigencia del certificado a todos los obreros de cualquier industria que fuere.

Claro está y no se me escapa, que esta medida radical choca con nuestra habitual manera de ser, pero como de resultados prácticos no hay ninguna que pueda darlos ni tan rápido ni tan seguros.

Actualmente muchos empleados se ven en figurillas para hacer su tratamiento, pues muy pocos patrones les conceden la hora de semana que requieren para su tratamiento, a tal punto que en algunos dispensarios se ha señalado horas por la tarde para facilitar a los enfermos su curación. En cambio si una disposición de la Dirección de Salubridad exigiera el certificado de Wassermann a todo empleado, tendríamos realizada la obra de profilaxia, pues esa misma reglamentación podrá consultar la necesidad de que el enfermo se trate.

Hoy se lucha con dificultades para que algunos enfermos abandonados concurren regularmente para su asis-

tencia. En cambio, si el patrón que sabe que su empleado es sífilítico, le exige cada semana el certificado de asistencia al médico particular o al Dispensario, so pena de eliminación, tendríamos lo que es actualmente un obstáculo, convertido en un auxiliar de primer orden.

Cuando los frigoríficos estaban en pleno funcionamiento era tan grande el número de sífilis iniciales entre los obreros que en la Memoria correspondiente al año 1919 propuse, una idea que hizo suya la Dirección Técnica del Instituto Profiláctico: la creación de un Dispensario en el Cerro. Pero, repito, lo que he dicho: no basta que se brinden facilidades; es necesario contar con el concurso de los patrones para hacer eficientemente la campaña.

La exigencia del certificado de Wassermann a los que viven en casas de inquilinato tiene ventajas enormes.

En la Memoria del año 1920 decía: «si se pregunta a los enfermos que casas frecuentan en su casi totalidad dicen «las del bajo» pero sin que sepan precisar la casa. Es bien conocida la zona de Montevideo que así se le llama; se sabe que a más de las casas de lenocinio allí existentes, hay algunas otras en que quizás por la vecindad se sienten influenciadas sus habitantes mujeres, que se dedican al ejercicio clandestino de la prostitución, de modo que es bien difícil llegar a establecer en que casa han adquirido la enfermedad. Solo me limito a señalar ese hecho a fin de que las autoridades competentes traten de poner remedio a este mal, que neutraliza en parte la intensa obra que realiza el Instituto Profiláctico».

Estoy convencido que en la exigencia del certificado de Wassermann en los habitantes de casas de inquilinato está el remedio de ese mal que ya había señalado.

No voy a insistir más sobre este punto, por separado elevaré un esbozo de proyecto a la consideración de esa Comisión.

Las otras medidas que expuse son las siguientes: Exigencia sistemática del Wassermann en todos los empleados de empresas que por ley de la Nación tienen derecho a jubilarse, exigencia que podrá hacerse exten-

siva a todos los empleados de la Nación y exigencia de ese certificado en los niños de las Escuelas.

Pero estas medidas no tienen aún el ambiente necesario para ser aceptadas; sin embargo, considero para el mejor resultado de la obra profiláctica que deben darse a la publicidad, entregarse a la discusión, para ir humanizando el concepto de la sífilis, y luego, en tiempo oportuno, hacerles prácticas.

Tales son las ideas que entrego a la discusión de la Comisión del Instituto Profiláctico, en la seguridad de que algunas de ellas serán acogidas como ideas practicamente realizables.

Saludo al señor Presidente y demás Miembros de la Comisión, con mi mayor consideración.

JOSE MAY.

NOTA ELEVANDO UNA SERIE DE MODELOS
DE CARTELES Y CARTILLAS

Montevideo, Diciembre 27 de 1921.

Señor Presidente de la Comisión Honoraria del Instituto
Profiláctico, doctor Alejandro Gallinal.

Señor Presidente:

Cuatro años van transcurridos desde que el Instituto Profiláctico inició su campaña contra la sífilis y aunque se han inaugurado dispensarios día tras día, especialmente en estos últimos tiempos, aun en poblaciones las más alejadas de la Capital, los que nos hallamos en contacto directo con los enfermos y con el público nos damos cuenta que esa campaña no es completa.

Se ha hecho indudablemente una buena parte del trayecto, pero falta un complemento que es esencial en esta lucha. Me refiero a la parte educativa del público en general: salvo el affiche que aun lucen las paredes fijado poco antes del último Congreso de Dermatología y Sifilografía y de otro anterior llamando la atención sobre la importancia de la reacción de Wassermann no tenemos más documentos educadores.

No bastan las observaciones que cada Jefe de Dispensario hace al enfermo que le consulta, ni tampoco el discurso con que desde su banca de senador reclamó la atención del país y que se imprimió en folleto distribuyéndose profusamente, ni los discursos con que esa Comisión Honoraria prestigia la inauguración de cada Dispensario en las localidades, no bastan repito, para despertar y completar la obra de enseñanza y de educación del pueblo, factor tanto o más esencial que los millares de inyecciones que al final de cada año van sumando los

Dispensarios ya existentes y que veremos aumentar prodigiosamente con la inauguración de otros nuevos que lleven medicación y asistencia a los más lejanos lugares de nuestro país.

En el Congreso de Dermatología y Sifilografía, la delegación Brasileira, por intermedio de uno de sus más jóvenes e ilustrados representantes, nuestro estimado amigo Dr. Oscar da Silva Araújo nos hizo conocer, en una hermosa conferencia, cuanto había recorrido el país hermano en la parte educativa del pueblo antes del año de la fundación de una sección del Departamento Nacional da Saude Pública que, al igual de nuestro Instituto Profiláctico, está llamada a luchar contra las enfermedades venéreas y la lepra.

Hemos hecho ya público elogio del conferencista y de los elementos ilustrativos que nos exhibiera, incluso una película cinematográfica, destinada a la educación de las señoras que consideramos puede ser exhibida sin ofender a la moral ante cualquier público; y bien, son esos elementos los que aún no tenemos nosotros a pesar de que hace casi cuatro años, que abordamos ese problema y que desde hace algún tiempo contamos con los recursos que produce el impuesto sobre el terreno.

Nuestro distinguido colega y amigo, el Profesor Baliña de Buenos Aires trajo al Congreso una cartilla del sifilítico, pero por no tenerla a mano, no puedo ocuparme de ella como se merece; cabe si recordar que mereció la aprobación unánime de los Congresales y se aconsejó su adopción a todos los Institutos.

Pues bien, inspirándonos en los documentos que la Delegación Brasileira nos dejara a su paso y en algunos de que hacemos uso en el Hospital Maciel, es que presentamos a la consideración de esa Comisión, una serie de modelos a imprimirse, unos traducidos simplemente, otros modificados de acuerdo con las modalidades de nuestro país, para que contribuyan a educar al pueblo en la lucha contra este mal, frente al cual es más fácil prevenir que curar.

Y es tanto más necesaria esa campaña cuanto que armados de poderosos medicamentos, los arsenicales, que en un momento parecieron eliminar victoriosos al viejo mercurio y al terrible flajelo, nos preocupamos de decirles a los enfermos que se curarían fácilmente, haciéndoles olvidar el temor centenario de la avariosis, volviéndolos más confiados a la posibilidad de curarlos radicalmente y por lo tanto menos temerosos de adquirirla.

Lo que hemos ganado en esta campaña es la humanización del vocablo sífilis; el pueblo ha aprendido a considerar esa enfermedad como una enfermedad contagiosa que no lleva siempre en si la mácula de la depravación; pero hoy que un tanto decepcionados de la terapéutica arsenical, volvemos ansiosos los ojos para la nueva panacea — el bismuto — sin saber si el porvenir nos depara un triunfo definitivo o una desilusión más a agregar a las que ya ha sufrido la humanidad frente a la avariosis, es necesario reclamar del pueblo la atención sobre las medidas higiénicas que pueden evitar en gran parte los males de esa enfermedad.

Otro distinguido colega y amigo el doctor Atilio Narancho, tras su conocido pseudónimo de « Juan Jacobo » ha iniciado una campaña en sus « Notas » en la lucha contra la sífilis, como lo ha hecho contra el alcoholismo.

Pues bien, secundar ese propósito, tal es el fin que me he propuesto con las hojas que adjunto y me consideraré feliz de que una sola de ellas sea apreciada como útil por esa Comisión Honoraria, que tan vasto programa tiene a resolver.

Saludo al Señor Presidente con mi consideración más distinguida. (1)

JOSE MAY,
Médico Jefe de la Clínica Dermatológica
« Adjunto del Dispensario N.º 1. »

(1) Debo hacer constar que a comienzos de 1921 se había designado una comisión, de la que formaba parte para redactar folletos y cartillas educativas.

LO QUE SE DEBE SABER SOBRE SIFILIS

PROYECTO DE CARTILLA

¿ QUE ES LA SIFILIS ?

La sífilis es una enfermedad infecciosa de carácter muy grave, debida al treponema pálido, enfermedad que puede adquirirse por contagio o heredarse; que ataca todos los órganos, todos los tejidos y que puede evolucionar durante años por empujes.

Cuando se hace mal la cura, como es una enfermedad de evolución traidora, se ven tras períodos más o menos largos de cura aparente, reaparecer síntomas y a menudo terminar con lesiones orgánicas graves, mortales; y también transmitirse a los hijos.

Cuando se hace bien la cura, minuciosamente vigilado el enfermo, la infección sífilítica queda benigna y puede curarse completamente, a tal punto que hay enfermos que han vuelto a adquirirla, y puede tenerse hijos completamente sanos.

¿ COMO SE ADQUIERE LA SIFILIS ?

Casi siempre se adquiere por contacto sexual.

Puede ser adquirida *inocentemente* por objetos contaminados, copas, cucharas, tohallas, boquillas, bombillas.

Puede ser adquirida por besos.

Los gérmenes de la sífilis pueden penetrar en el cuerpo por cualquier escoriación de la piel, de las mucosas, en cualquier parte del organismo.

En el lugar donde se inocular se forma una llaga (chanero) muy poco dolorosa, a veces insignificante. Otras veces pasa desapercibida la puerta de entrada de la enfermedad.

LA SIFILIS SE GENERALIZA

Varias semanas después del chanero, aparecen los síntomas (período de generalización). Los más comunes

son manchas o granos en el cuerpo, costras en la cabeza, llagas en la boca y en la garganta, caída del pelo.

En una palabra, invade todo el organismo. Antes de que aparezcan los síntomas, la sangre puede dar una reacción positiva (Reacción Wassermann). Muchas veces la sífilis evoluciona sin síntomas que llamen la atención o con muy pocos síntomas visibles, especialmente en las mujeres. Son los casos de *sífilis ignorada*.

Un análisis de sangre ha revelado la causa del malestar de muchos enfermos.

Como después del período de invasión de síntomas es una enfermedad que no da siempre manifestaciones dolorosas o visibles, muchos enfermos descuidan el tratamiento.

Mientras tanto la enfermedad evoluciona latentemente, pudiendo atacar de preferencia algún órgano: vista, cerebro, médula, corazón, aorta, hígado, riñones, etc., produciendo tardíamente enfermedades incurables que lo convierte en inválido, loco, paralítico.

Es la causa más frecuente de las muertes repentinas, de los ataques apoplécticos y de locuras. Es la causa de la ataxia.

Toda sífilis es grave. No hay sífilis benigna.

SÍFILIS Y MATRIMONIO

Los enfermos poco cuidadosos de los consejos médicos se casan, insuficientemente tratados.

La primera víctima es la esposa: luego los hijos a quienes transmiten la enfermedad por herencia.

Destruyen en su comienzo la felicidad del hogar.

La sífilis es la causa principal de los abortos y de los nacidos muertos: es responsable de la mayor parte de los fallecimientos en los primeros meses de la vida.

Es la causa más común de los trastornos mentales y físicos de los niños.

Proteja su hogar.

No se case sin consentimiento de su médico.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Toda úlcera genital debe llevarlo de inmediato a consultar médico.

Desconfíe de los amigos, aparentemente bien intencionados, que le indican remedios.

Cuando usted está enfermo, necesita un médico.

Cuando usted esté enfermo huya de los charlatanes y curanderos.



Chancre sifilítico de la lengua.—Un diente alargado rozaba la lengua, erosión que sirvió de puerta de entrada a la sífilis.

Recuerde que los boticarios no saben medicina, que sólo están para despachar las recetas médicas.

Cuando usted esté enfermo, no olvide que sólo los médicos están en condiciones de hacer el diagnóstico: ellos le indicarán los exámenes y medicamentos que sean necesarios.

El resultado de cualquier análisis que se haga sólo debe ser interpretado por el médico.

Un examen de sangre negativo debe estimularlo para seguir la cura: no caiga en el error de creerse curado y de abandonar el tratamiento y los consejos médicos.

Vuelva a la consulta todas las veces que le indique el médico: esa es la mejor manera de recompensar los esfuerzos que hace el Estado por mejorar su situación.

El médico usará el remedio que más le convenga a su organismo. Hoy contamos con armas más poderosas: al mercurio, al yoduro de potasio, se le han agregado los compuestos arsenicales y bismutados.

No puede indicarse de antemano cuanto tiempo dura su tratamiento: no todos los enfermos evolucionan del mismo modo.



Chancre sífilítico del labio superior en un hombre
Enfermo procedente de campaña que adquirió su enfermedad probablemente por el mate.

Para que el tratamiento dé todo su resultado, es necesario seguirlo con regularidad.

Un tratamiento hecho irregularmente da la ilusión de una cura.

Como a veces algunos enfermos tienen su mal localizado en el sistema nervioso aunque la sangre dé una reacción negativa. Es necesario hacer la punción lumbar para descubrir una enfermedad del cerebro o de la médula.

Sométase a la punción lumbar cuando el médico le aconseje: de ese modo podrá evitar un ataque de parálisis, de ataxia, de locura.

El médico indicará cuando deben hacerse los exámenes y cómo debe hacerse el tratamiento.

CONTAGIO

Recuerde que es una enfermedad muy contagiosa. Defienda a los suyos teniendo los objetos de uso personal separados. No bese para no contaminar. (Véase el grabado: novia víctima de un beso).



Chancre sífilítico del labio superior en una mujer.
— Contagiada por besos, su novio tenía un accidente inicial del labio inferior.

Su médico le indicará cuando debe cesar su aislamiento. El mate es causa muy común de contagio: si a usted le gusta tomar mate, tómelo solo. — (Véase el grabado: accidente del labio adquirido por mate).

Las ropas que están en contacto con las lesiones pueden transmitir la enfermedad. — (Véase el grabado: una niña adquiere un chancre en el hombro por que los padres

enfermos, le curan una quemadura con algodones que ellos usaban)

Mientras tenga una ulceración genital absténgase de todo contacto sexual.

De otro modo su conducta es criminal. En algunos países cae bajo la sanción del Código Penal.



Chancreo sífilítico en la mejilla.— Una erosión causada por la navaja de afeitar sirvió probablemente de puerta de entrada; el enfermo hacía vida marital con una mujer sífilítica que tenía placas mucosas bucales.

Reaccione contra la frase criolla « me embromé yo, que se embromen los demás », que es lapidaria para el espíritu nacional.

SIFILIS, ALCOHOLISMO Y TUBERCULOSIS

El alcoholismo es el uso diario de bebidas alcohólicas aunque no llegue hasta la embriaguez.

El alcoholismo agrava todas las enfermedades y especialmente las venéreas.

El alcoholismo unido a las sífilis predispone a muchas enfermedades graves del estómago, hígado, riñones, a la parálisis y a la locura.

Debilitado el organismo, la tuberculosis hace fácil su presa.

Todo sifilítico debe llevar una vida completamente regular y tranquila: debe evitar todo exceso de comida, de bebida y de placeres genésicos: de ese modo facilita su curación. Cuidándose, a los ojos de los demás será como cualquier persona sana.

PREVENCION PARA EL FUTURO

Nunca oculte a su médico que ha tenido sífilis.

De ese modo aclarará muchas veces la causa de una enfermedad que lo aqueja o aqueja a uno de sus descendientes.



Chancro sifilítico del hombro.

Niña que adquirió la enfermedad porque los padres enfermos le curaron una quemadura con algodones que ellos usaban.

HIGIENE DEL SIFILITICO

- 1.º Evitar excesos venéreos y toda clase de fatigas.
- 2.º Evitar el uso del alcohol y del tabaco, que debilita el organismo y favorecen la aparición de placas (lesiones contagiosas) o leucoplasia (que más tarde degeneran en cáncer).
- 3.º Vigilar cuidadosamente la boca y dientes.
- 4.º El sifilítico debe preocuparse de no transmitir a otros la enfermedad. Cualquier herida en la boca, labios, lengua, órganos genitales, puede transmitir la enfermedad por lo que debe consultar a su médico.

5.º Todo sífilítico aunque haya seguido regularmente y por mucho tiempo un tratamiento, debe consultar su médico de tiempo en tiempo.

6.º Los nuevos remedios, unidos al mercurio, ponen en condiciones de poder curarse más pronto y radicalmente que antes de contar con ellos; pero hacerse poco tratamiento es tener la ilusión de una cura, perjudicial para el porvenir de todo sífilítico que así se abandona.

RECORDAD SIEMPRE

Que la sífilis ataca a más de un diez por ciento de los enfermos que consultan diariamente.

Que la sífilis ataca a todos los individuos, de cualquier clase social y de cualquier edad.

Que la sífilis es responsable del nacimiento de gran número de niños enfermos, de los cuales 80 % mueren en los primeros años de su vida.

Que la sífilis es la causa de casi todos los abortos y nacidos muertos.

Que la sífilis es la causa de un 10 a 25 % de las enfermedades mentales (locura, idiocia, imbecilidad).

Que la sífilis es una de las principales causas que haya criaturas mentalmente defectuosas.

Que la sífilis es la causa principal de los ataques apopléticos y de la parálisis, antes de los cuarenta años.

Que la sífilis es la causa de un gran número de enfermedades del corazón, de las arterias y de los otros órganos vitales.

Que la sífilis disminuye el plazo de vida en más de un tercio.

Que la sífilis invalida a mucha gente para ganarse la vida.

Que la sífilis es una de las mayores causas del sufrimiento y de la miseria.

Que la sífilis predispone a la tuberculosis.

Que la sífilis se cura más fácilmente cuanto más precoz es hecho el diagnóstico.

LO QUE DEBE SABERSE SOBRE EL CHANCRE SIMPLE

CHANCRE SIMPLE

El chancre simple o venéreo es una enfermedad contagiosa, que tiene su localización más común en los órganos genitales. Es causado por un microbio llamado bacilo de Ducrey.

Comunmente es una enfermedad benigna, pero a veces al mismo tiempo que el bacilo de Ducrey tiene el agente de la sífilis, el espiroquete o treponema pálido, y el chancre es entonces *mixto*.

Una complicación muy común del chancre simple es el *bubón*, *adenitis*, *vulgarmente incordio*.

Otra complicación más rara es el *fagedenismo*, por la que el chancre tiene una tendencia progresiva a expandirse.

Toda llaga, úlcera, lesión que aparezca en los órganos genitales debe llevar inmediatamente al enfermo a consultar médico.

Desconfíe siempre del amigo que no sabiendo medicina pretende curarlo porque él tuvo algo parecido.

No consulte a boticarios: éstos sólo están para despachar las recetas de los médicos.

No pierda tiempo con ensayos de medicaciones indicadas por charlatanes.

Lávese con agua hervida solamente y concorra al médico, quien podrá hacerle los exámenes microscópicos.

HIGIENE DE LOS ENFERMOS DE CHANCRE SIMPLE

- 1.º Abstenerse de trabajos o ejercicios violentos que demoran la cicatrización y favorecen la aparición del bubón.
- 2.º Lavar varias veces la llaga, porque el pús es muy contagioso y el chancre se multiplica.
- 3.º Debe evitarse todo contacto venéreo mientras no esté curado.
- 4.º Todo vendaje que toque el pús del chancre debe ser destruido por el fuego.
- 5.º Debe desinfectarse bien las manos después de cada curación.

RECORDAD SIEMPRE

Que el chancre blando es una enfermedad contagiosa, casi siempre adquirida por relación sexual.

Que el chancre blando es de curación prolongada y reclama paciencia del enfermo.

Que el chancro blando puede hacerse fagedénico y destruir gran porción de los tejidos.

Que el chancro blando requiere gran aseo de parte del enfermo.

Que el chancro blando puede evolucionar al mismo tiempo con un chancro sífilítico.

Que el chancro debe ser tratado por un médico y no por la misma persona, ni por curanderos, ni charlatanes.

Que el chancro es atendido gratuitamente en los servicios de Hospitales y en los Dispensarios.

NOTA. — Puede ilustrarse con fotograbados de chancros de dedos y del muslo reinoculados por desaseo de enfermo y que tengo en mi colección.

LO QUE DEBE SABERSE SOBRE BLENORRAGIA

La blenorragia, conocida con los nombres de gonorrea, purgaciones, garabatilla, es una enfermedad venérea, muy contagiosa, producida por el *gonococo*.

Es tan común que muy pocos son los hombres que escapan a la infección gonocócica.

En el hombre empieza por un escozor, ardor al orinar, luego secreción de pus, amarillo, verdoso, (período agudo).

Después se atenúan los síntomas y toma una marcha crónica: la mucosa uretral llena de glándulas facilita la cronicidad.

Su cura no es tan fácil como generalmente se cree. Al período agudo sigue un período de cura aparente, en que el enfermo cree estar curado. Sin embargo, el enfermo tiene una pequeña gota en la uretra por la mañana (comunmente llamada gota militar) o la orina contiene filamentos en suspensión.

La evolución puede ser salpicada de complicaciones, ya precoces, ya tardías. Entre ellas abscesos uretrales, inflamación de la vejiga (cistitis) de las articulaciones (reumatismo gonocócico) del aparato genital (orquitis, prostatitis, deferentitis, etc.).

Puede ascender en los ureteres y llegar a los riñones. Otras veces puede infectar la sangre produciendo enfermedades mortales (septicemia).

En el estado de cura aparente la enfermedad se trasmite: los individuos que se casan en estas condiciones contagian a su esposa.

En las mujeres la infección va desde una vulvovaginitis, hasta alcanzar todo el resto del aparato genital: útero (metritis) trompas, ovarios, (anexitis, salpingitis) invadir la pelvis (peritonitis). Como en el hombre puede llegar la infección al aparato urinario, a la sangre.

En el momento del parto puede el pus ponerse en contacto con los ojos del recién nacido produciendo la *oftalmia purulenta*, infla-

mación de los ojos por el gonococo, que si no es urgentemente tratada determina la ceguera de los niños en pocos días.

La infección de los órganos genitales de la mujer expone a ésta a menudo a operaciones muy graves.

La inflamación de los órganos genitales tanto del hombre como de la mujer es la causa más frecuente de esterilidad de los matrimonios.

RECOMENDACIONES

Esta rápida síntesis muestra que la blenorragia no es una infección tan benigna como generalmente se cree.

Desgraciadamente entre mucha gente del pueblo, especialmente en los adolescentes, adquirir una blenorragia como aprender a fumar son considerados títulos que los transforman en hombres.

Debe tenerse presente que la blenorragia es una enfermedad que no siempre es de fácil curación y que expone a complicaciones graves.

Mientras dure la enfermedad es necesario llevar un suspensor para evitar complicaciones.

Debe evitarse los ejercicios o trabajos violentos (correr, remar, montar a caballo etc.).

Deben evitarse los contactos sexuales porque exponen a complicaciones y porque se trasmite la enfermedad a otras personas.

No debe beberse alcohol (sea vino, cerveza, u otra bebida).

No debe usarse alimentos condimentados y excitantes.

Debe tenerse limpias las partes enfermas, lavándolas con agua varias veces al día.

Debe lavarse las manos con mucho cuidado después de haberse tocado las partes, por aseo y para evitar la infección de los ojos.

Debe tenerse cuidado con las ropas de vestir y de cama, que pueden transmitir la enfermedad.

Todo enfermo de blenorragia no debe casarse sin examen minucioso y sin consentimiento médico.

RECORDAD SIEMPRE QUE:

La blenorragia es una enfermedad seria.

La blenorragia cuando no se trata bien se hace crónica o aparece complicaciones.

La blenorragia requiere un tratamiento médico cuidadoso y prolongado. No se debe desesperar de la cura ni abandonar el tratamiento.

La blenorragia es responsable de ceguerras de muchos niños.

La blenorragia es una de las más frecuentes infecciones en todos los individuos y de cualquier clase social.

La blenorragia es responsable de la mayoría de las operaciones quirúrgicas graves en los órganos reproductores de la mujer.

La blenorragia es una de las principales causas de la esterilidad en los hombres y en las mujeres.

La blenorragia es una de las causas de impotencia.

La blenorragia causa muchas enfermedades crónicas de la vejiga, articulaciones, etc.

La blenorragia ataca casi todas las prostitutas públicas y clandestinas.

La blenorragia es una enfermedad evitable.

Los males venéreos y los medios de evitarlos

CONSEJOS PARA LOS HOMBRES (1)

El medio más seguro de no adquirir enfermedades venéreas es no exponerse a adquirirlas.

Pero como esto es prácticamente considerado un ideal irrealizable, hay que tratar de evitar en lo posible los contagios.

Debe saberse que la mayor parte de las mujeres que ejercen la prostitución, reglamentadas o clandestinas, están enfermas, y que en un solo contacto sexual puede contagiarse cualquiera de las tres enfermedades venéreas.

El momento más oportuno para evitar las enfermedades venéreas es atacar los gérmenes por la desinfección, cuando aún no han invadido el organismo, es decir, sobre los órganos genitales del hombre que acaba de exponerse a un contagio, y cuando los gérmenes pueden ser fácilmente destruidos.

Para disminuir las probabilidades de contagio, deben tomarse las precauciones siguientes:

- 1.º Evitar el abuso sexual. Los contactos repetidos exponen más fácilmente al contagio.
- 2.º Exigir de la mujer, antes del coito, un lavado cuidadoso de sus órganos sexuales, por dentro y por fuera, por medio de una irrigación.
- 3.º Hacer uso de preservativos (condom) y untarse previamente los órganos genitales con una sustancia grasa, con lo que se disminuirán las probabilidades de rozaduras, y lastimaduras, que sirven de puerta de entrada a los gérmenes venéreos.
- 4.º Después del coito deberá hacerse un lavado prolongado del miembro, bolsas y partes vecinas, cuidadosamente jabonados. Lavar enseguida con una solución de bicloruro de mercurio.

(1) Este modelo de cartilla no fué elevado, por haberlo redactado posteriormente.

Después untar cuidadosamente todos los órganos genitales con una de las tres pomadas siguientes: calomel, vaselina, lanolina en partes iguales (pomada de Metchnikoff), o tartrobusmutato de sodio y potasio, vaselina, lanolina en partes iguales (pomada de Guenot y Fournier).

- 5.º Se recomienda orinar enseguida: apretando de manera que no salga la orina y luego aflojar de golpe, para que salga con fuerza, siendo aún más eficaz, hacerse varias inyecciones uretrales con una solución de permanganato de potasio al 1 por 4.000.
- 6.º Puede usar la pomada de Ganducheau, que simplifica la tarea de desinfección; hecha según una fórmula que prevee el caso en que no se pueda lavar.

La fórmula es cianuro de mercurio 0.075, Timol 1g. 75, Calomel 25grs., Lanolina 50grs., Vaselina 23grs. 175, y su preparación exige mucho cuidado. Se disuelve primero el cianuro en el excipiente calentado y mantenido en fusión, después el timol en la misma excipiente siempre líquido, para asegurar la perfecta disolución de los dos cuerpos y el igual repartido en la masa, para evitar acciones cautocas.

Con esta pomada el lavado y jabonado previo no son indispensables. Lo esencial es secar bien las partes antes de untarlas, de lo contrario la pomada no adhiere bien. La pomada debe también aplicarse en la uretra.

Cualquiera de esos dos métodos se evitará en muy grande proporción las probabilidades de contagiarse.

EN LOS DIAS SIGUIENTES AL CONTACTO

Debe tenerse presente: que cualquier peladura o rozadura, la más insignificante, puede servir de puerta de entrada a una infección.

Por tanto, cuando vea en sus órganos genitales cualquier lesión, no cometa el error de dejar pasar los días sin consultar médico, ni escuche los consejos de los amigos que no saben cual puede ser la importancia de su mal. Tampoco consulte a los boticarios.

No se lave las llagas con ningún desinfectante, porque dificulta el diagnóstico y se perjudica Vd. mismo.

Lávese con agua hervida y no pierda tiempo: concurra de inmediato a los hospitales donde se le podrán hacer los análisis para aclarar el diagnóstico.

Recuerde siempre la posibilidad de adquirir una enfermedad venérea y que quien acaba de exponerse al contagio puede preservarse en la inmensa mayoría de los casos, si en la primer

hora que sigue al contacto, se hace una desinfección debidamente practicada; y si tiene la desgracia de enfermarse, tenga presente las palabras del Dr. Cattier:

« El que contrae una enfermedad venérea no debe avergonzarse ».

« Es un jugador que ha perdido. Su revancha es curarse.

« Su deber de hombre honrado es no propagar la enfermedad ».

CARTEL N.º 1

CUIDADO CON LAS ENFERMEDADES VENEREAS

La sífilis es una enfermedad muy grave, puede cubrir la víctima de manchas, heridas y causar:

Locura. — Parálisis. — Ceguera. — Enfermedades del Corazón

La sífilis puede atacar todos los órganos:

La sífilis hace abortar a las mujeres.

La sífilis hace tener hijos epilépticos.

La sífilis hace tener hijos idiotas.

CARTEL N. 2

LA GONORREA:

es también una enfermedad muy grave; puede producir:

Reumatismo. — Esterilidad. — Enfermedad de la vejiga. — Orquitis

Anquilosis de las Articulaciones

Ceguera de los Hijos

En las mujeres causa dolencias graves que exigen operaciones peligrosas.

Atención: Cuando se vea atacado por alguna de esas enfermedades no se abandone. Debe tener presente que es un jugador que ha perdido, su revancha es curarse.

Su deber de hombre honrado es no propagar la enfermedad. (Dr. Cattier).

Huya de los charlatanes y de los curanderos; concurra a los Hospitales y a los Dispensarios donde se le atenderá gratuitamente.

CARTEL N. 3

EN SUFRIMIENTO Y EN MORTALIDAD

Las enfermedades venéreas ultrapasan a la
Tifoidea, Tuberculosis, Tubo digestivo.

Evitad las enfermedades venéreas, que destruyen:

La salud. La actividad. — La prosperidad.

Las enfermedades venéreas son las mayores causas de muerte y deformidad de los hijos.

Protejed la familia.

Antes de casaros consultad médico.

Si sufrís de enfermedades venéreas no os caséis sin consentimiento de vuestro médico.

Procediendo de otro modo contagiáis a vuestra esposa malogrando la felicidad de vuestro hogar.

Un hijo idiota, demente, epiléptico, ciego, constituirá el testimonio viviente de vuestra condenable conducta.

LA LUCHA CONTRA LA SIFILIS

Las tendencias de que informan las notas y proyectos de cartillas y carteles fueron objeto de un comentario aparecido en uno de los diarios « La Mañana » en el que un miembro de la Comisión Honoraria, interpretaba nuestra intervención como una crítica a la labor desempeñada por dicha Comisión, estimando poco eficaz la acción de los volantes, cuya lectura sostiene, poco dice y a pocos convencen.

Esto motivó una réplica de mi parte que creo conveniente incluir en este folleto, poniendo de relieve cual fué el fin perseguido con mi intervención, que no es otro que el de colaborar desde mi puesto de observación a la realización del programa de profilaxis expuesto en el informe de la Comisión Honoraria leído en el 2.º Congreso Sue Americano de Dermatología y Sifilografía.

He aquí el artículo de la referencia.

Móntevideo 30 de Diciembre de 1921.

Señores Directores de « La Mañana »:

Estimados amigos:

En el número de hoy el diario de su digna dirección, aparece una carta con motivo de la publicación que han tenido la gentileza de hacer en las columnas de su diario y que agradezco debidamente, de una nota que dirigí al Presidente de la Comisión Honoraria del Instituto Profiláctico, Dr. Alejandro Gallinal, acompañada de una serie de modelos de carteles y cartillas.

No es mi propósito polemizar. Sólo aclarar el porqué de mi nota al Instituto. Actualmente, en las columnas de «La Democracia» expongo los detalles que creo de interés para el público con los resultados de mi observación de cuatro años, como adjunto del Dispensario N.º 1. Ellos demuestran claramente que lo hecho hasta hoy no basta como elemento de lucha contra la sífilis.

Los números dicen que por nuestra clínica desfilaron alrededor de un nueve por ciento, tomando el promedio de los últimos 2 1 2 años de un « ocho por ciento » tomando los datos de este año hasta Setiembre, de enfermos que han adquirido su sífilis recientemente, porcentaje igual y aún mayor al de los años anteriores al establecimiento del Instituto Profiláctico.

Tal es la resultante de los números, como se ven desde uno solo de los seis dispensarios que existen en la capital.

Quiere decir, pues, que hay que buscar otra orientación a la campaña contra la sífilis. Se está en vías de realización de una sola de las fases del problema de esa lucha, muy importante y muy necesaria que facilita el tratamiento de los enfermos: me refiero a los dispensarios.

Pero la otra faz es no menos capital: es la educación del público.

¿ Hemos conseguido algo en ese sentido ? En la nota que debió aparecer hoy en « La Democracia » digo que se ha conseguido: humanizar el vocablo sífilis, lo que no es poco, y hacer que algunos enfermos o presuntos enfermos concurren a hacer un examen.

No desconozco los elementos de que se ha hecho uso para ilustrar al público y a los que me refiero en mi nota: el discurso del doctor Gallinal desde su banca de senador, un cartel llamando la atención sobre el Wassermann, un segundo cartel, que aun está fijado en las paredes, y los discursos con que el doctor Gallinal inaugura los dispensarios de campaña.

En nuestra policlínica tenemos algunas hojas que no son del Instituto Profiláctico, redactadas por los doctores Brito Foresti, y el extinto doctor Canabal, hojas destinadas a ilustrar al público sobre las enfermedades venéreas y medios de evitarlas.

Esta parte es la que aun no ha hecho sino limitadamente el Instituto Profiláctico: hay una cartilla del año 1918 que lleva la firma del entonces Presidente, doctor Alfredo Vidal y Fuentes, que no tenemos para su distribución.

Mi propósito ha sido secundar esa acción. Sin haber inventado nada, pues estas ideas de profilaxis de las enfermedades venéreas van unidas al conocimiento de las mismas, he tomado del extranjero y de lo existente en nuestro país, lo que me ha parecido más adaptable a nuestro ambiente para llenar ese vacío en la propaganda.

La enseñanza gráfica — vistas, fotografías, lectura — ha sido y es reputada de mayor eficacia que la oral, a tal punto que se reclama por todos la objetivación de la enseñanza en lo posible. Lo que me he propuesto es objetivar las maneras de adquirir la sífilis, exponer gráficamente los resultados de los males venéreos: educar mostrando, a la par que disertando.

Una conferencia verbal se oye con placer y con interés (según el conferenciante); pero la memoria no retiene permanentemente impresas las imágenes, aún las más terroríficas, ni las frases educadoras: el recuerdo se atenúa con el tiempo y aún desaparece. En cambio, un folleto, un affiche se tiene siempre a mano para renovar las impresiones.

¿ Cómo se ha encarado en el extranjero la campaña contra las enfermedades venéreas ?

Por la intensificación de la propaganda gráfica. Existen múltiples folletos, tendientes, a ese fin: « Conferencia » del Dr. Arthur

Vernes, ante l'Oeuvre libératrice de Paris, « Para nuestros hijos cuando tengan 18 años » del profesor Fournier, « Para nuestras hijas cuando sus madres juzguen necesarios estos consejos » de Burtleaux, « La Liga contra la sífilis » de Fournier, « Profilaxis individual de las enfermedades venéreas » de Gougerot; algunas piezas teatrales: « Les avariens » de Brieux; « La estatua en delirio » de Alberto Nas; y corto la lista que sería muy larga.

La cinematografía es de inestimable concurso, y son muchos los films impresos.

He aquí una lista: 1.º Padres cuidad vuestros hijos (versión modificada del drama de O'Brioux); 2.º Abra sus ojos; 3.º Y los niños pagan; 4.º El fin del camino (film para mujeres, demostrando la necesidad de la educación sexual en la juventud y efectos de las enfermedades venéreas); 6.º Como comienza la vida; 7.º Conoce tu marido 8.º La huella escarlata (dirigida contra el charlatanismo de las enfermedades venéreas); 9.º « El vicio solitario » (efectos de las enfermedades venéreas y masturbación); 10. « El mal que se difunde (efectos de las enfermedades venéreas); 11. Enfermedades venéreas. Su origen y sus resultados. (Diagramas y fotografías de casos. Adaptadas para conferencias a hombres. Un film semejante ha sido preparado para mujeres).

Todas estas cintas cinematográficas construídas en Norte América y algunas otras de Francia tienden a llenar un principio de pedagogía: enseñanza objetiva superior a la oral.

Ahora dos palabras que expliquen el porque de mi nota.

En primer lugar no hay en ella una sola crítica a la labor, que realizó y realiza el Instituto; conozco lo que hace la Comisión Honorable del Instituto Profiláctico.

En segundo lugar de acuerdo con instrucciones y recomendaciones anteriores, cada médico de dispensario hará las observaciones que le sugiera su experiencia para el mejor desarrollo de la lucha,—en una palabra, es invitado a colaborar, en esa gestión.

Ese ha sido el motivo por el cual hace un par de años sostuve la necesidad de crear un Dispensario en el Cerro, dando las razones que tenía para ello: dicho Dispensario fué creado.

En una de las primeras memorias anuales indicaba la necesidad de que hubiera en los dispensarios un investigador de treponemas (agente de la sífilis) para el diagnóstico precoz, haciendo así más fácil las condiciones de cura radical. En la policlínica a mi cargo he tenido auxiliares voluntarios como los doctores Julio E. Moreau, Carlos A. Semblat (actualmente en el Salto), Enrique Claveaux y químico A. Prunell. Con estos dos últimos pude presentar los trabajos de Diagnóstico precoz y R. Wassermann durante el tratamiento, nuevo método de tratamiento del chancro fagedénico. Reinfeción sifilitica y Experimentación clínica de la reacción Wassermann en los chancros.

Hace dos meses poco más o menos el Laboratorio Central ha señalado dos días por semana para esa clase de investigación.

En Mayo ppdo. en una nota expuse algunas ideas sobre sistematización del Wassermann en el ejército y en la policía (ya propuesta por el extinto doctor Juan A. Rodríguez), en los enfermos de hospitales, en las casas de inquilinato — a cuyos habitantes se les exige un certificado de vacuna contra la viruela y con mayor razón habría que hacerlo con el Wassermann para despertar la sífilis; — al personal de fábricas, talleres, industrias, frigoríficos, servicio doméstico — más de una sirvienta ha concurrido con lesiones contagiosas a la consulta; — llegué a establecer también la necesidad de extender a los empleados de las empresas que por leyes de la Nación tienen derecho a jubilarse, a los empleados públicos en general y quizás mismo a los niños de las escuelas, medidas que considero no tienen aún ambiente propicio para su aceptación.

Las ideas contenidas en esta nota fueron tomadas en consideración por la Comisión Honoraria del Instituto y tuve el placer de que figuraran en la exposición que se leyó en el último Congreso de Sifilografía sobre el programa de acción a desarrollar en el futuro por el Instituto Profiláctico.

Como se ve, mi contribución anterior ha sido debidamente apreciada.

La nota que se publicó en « La Mañana » de ayer, las hojas volantes o modelos de carteles que acabo de someter a la consideración de la Comisión del Instituto Profiláctico, corresponde al mismo fin colaborar desde nuestro puesto de contacto con el público, llevando al conocimiento de esa Comisión las necesidades más sentidas. No me he propuesto otro fin que llamar la atención sobre el vacío que noto en esa parte de la campaña contra la sífilis, realizando así el postulado primordial de la medicina sintetizado en la conocida frase « Prevenir es más fácil que curar ».

He aquí explicado porque he aportado mi concurso en ésta como en las anteriores notas, en ninguna de las cuales he abierto juicio crítico sobre lo que se ha hecho, sino que he llevado el fruto de mi observación personal para poner de relieve lo que en mi opinión se debe hacer.

La lista de folletos y de films cinematograficos demuestran que no estoy solo en la manera de encarar la lucha contra las enfermedades venéreas por la enseñanza escrita y objetiva.

La aceptación de mis observaciones anteriores, por la Comisión del Instituto Profiláctico, justifica ampliamente este nuevo aporte.

De los señores directores affmo. y S. S.

JOSÉ MAY.

INDICE

INDICE

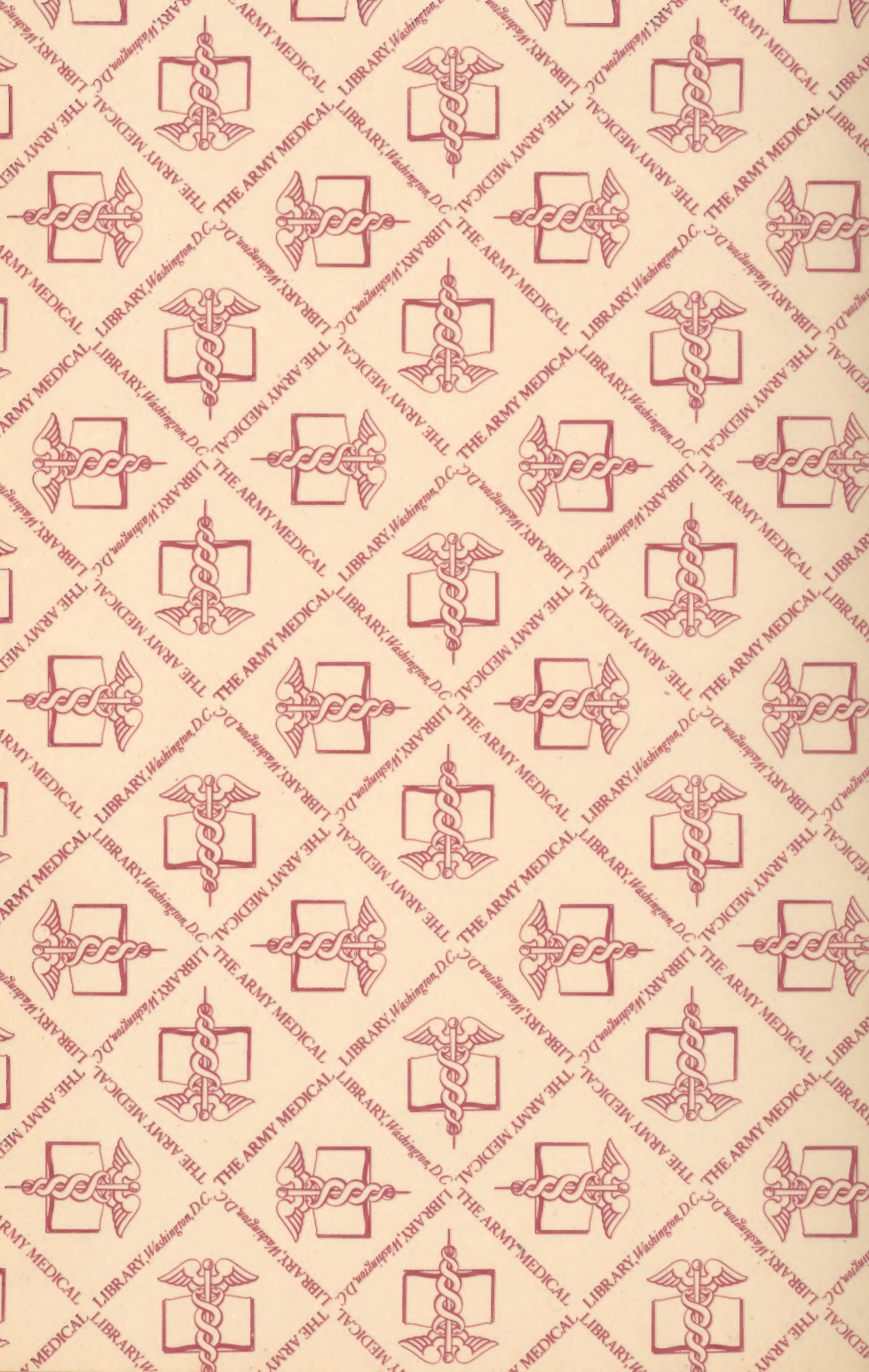
	Pág.
Proemio	3
Memoria del año 1918.	5
—El Laboratorio	8
—Algunas consideraciones	10
Memoria del año 1919	12
Memoria del año 1900	16
—Condiciones	20
Memoria del año 1921 (1. ^a parte)	23
—Reacción de Wassermann y floculación	26
—Consideraciones.	29
Memoria del año 1921 (2. ^a parte)	33
—¿Vemos mayor cantidad de sífilis iniciales?	33
—¿Aumenta el número de recientes contagiados o esa mayor afluencia responde a otra causa?	35
—Opinión sobre el neosalvarsan.	36
—Opinión sobre el tatro bismutato de sodio y potasio	38
—Defunciones de los enfermos del dispensario y sus casos	45
—Esterilización de las sífilis iniciales	56
—Enfermos en tratamiento con manifestaciones	49
—Algunos apuntes de profilaxis	54
—Conclusiones.	56
Algunas ideas de profilaxis.	59
Nota elevando una serie de modelos de carteles y cartillas	65
Lo que se debe saber sobre sífilis	68
Lo que se debe saber sobre chancro simple.	77
Lo que se debe saber sobre blenorragia	78
Los males venéreos y los medios de evitarlos	80
Modelos de carteles	83
La lucha contra la sífilis	85

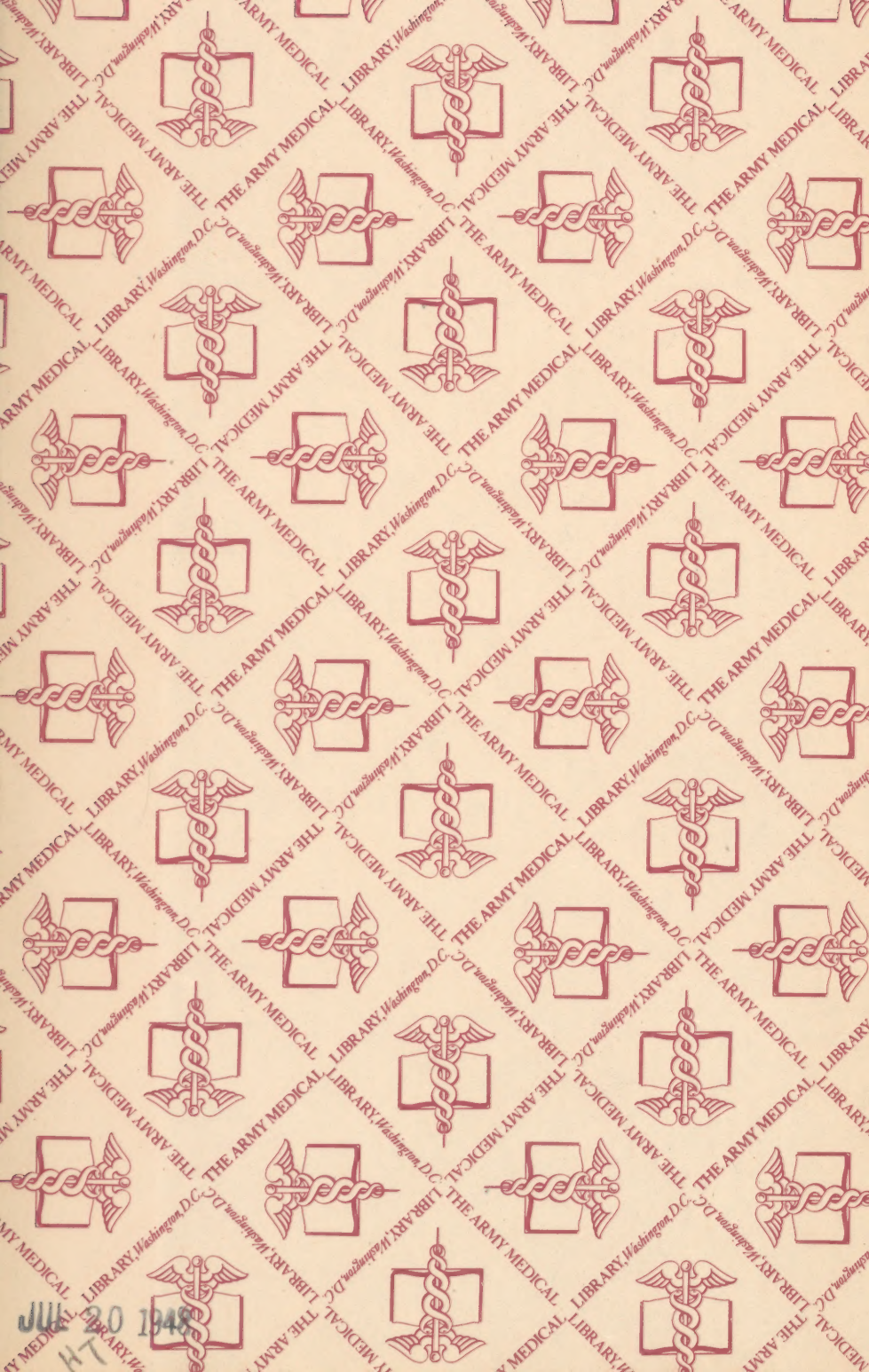
ERRATAS

Pag. 3, línea 22 donde dice «fué», debe decir «fui»

Pag. 4, línea 3 donde dice 1920, debe decir 1921.

Pag 26, en el cuadro de reacciones de Wassermann, la 3.^a columna es de los W. H0, la 4.^a de los intermediarios.





JUL 20 1948

H-T

WC 170 M466c 1922

34521350R



NLM 05166964 8

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE